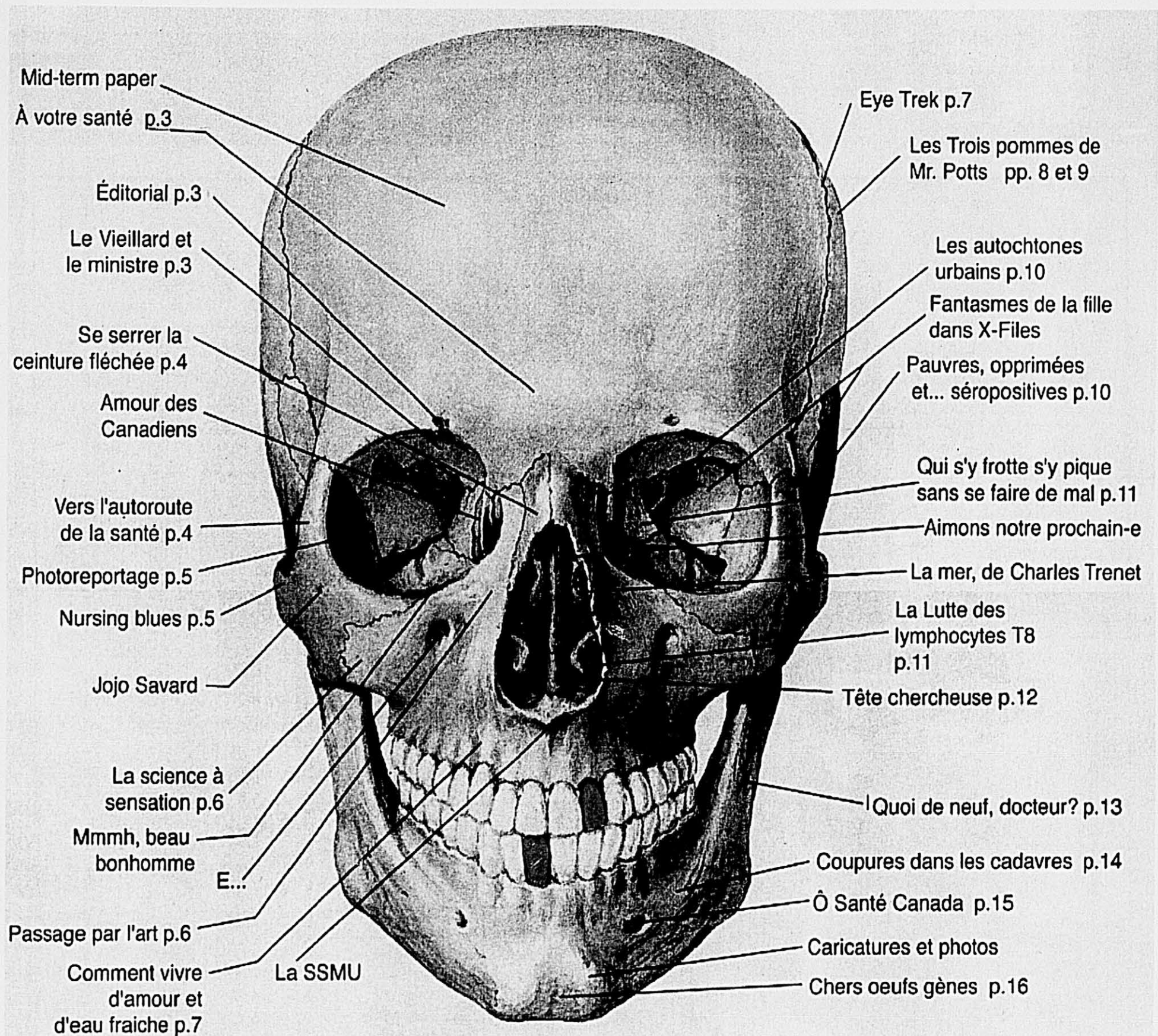


SPÉCIAL SANTÉ

Volume 85 numéro 59, mardi 5 mars 1996



McGill Daily français

On fait Aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaah ! depuis 1977

McGill Daily français

Le McGill Daily français encourage la reproduction de ses articles originaux à condition d'en mentionner la source (sauf dans le cas d'articles et illustrations dont les droits avaient auparavant été réservés, incluant les articles de CUP et de la PEQ). Les opinions exprimées dans ces pages ne reflètent pas nécessairement celles de l'Université McGill. L'équipe du Daily n'endosse pas

nécessairement les produits dont la publicité paraît dans ce journal. Imprimé par Interhauf Developments inc. Le Daily est membre fondateur de la Canadian University Press (CUP), de la Presse étudiante du Québec (PEQ), de Publi-Peq et de Campus Plus.

Imprimé sur du papier
recyclé à 20 p. cent.
ISSN 1192-4608

Le McGill Daily français
co-ordonnation du numéro spécial
**Marie-Estelle Debs, Richard Henri
Louis-philippe Corbeil-Girard**

rédaction en chef
Emmanuelle M. Latraverse

rédaction nouvelles
Bianca Robichaud

rédaction culture
**Loïc Bernard
Marc Antoine Godin**

mise en page
**Jean-François E. Corbett
Jef Chippewa, Guillaume Perreault**

correction
**Sandrine Simonnet
Fanny Jean, Bertrand Ollé**

photographies
Alexandra Bolduc

collaboration
**Tristan-E. Landry
Anne Caporal
Michel Tremblay
Stéphane Lambert
Jean-François Vincelli
Pierre Angers-Nguyen
Magali Boisier
Louma Atallah
Jean-Sébastien Jetté
Alain Huot**

Le McGill Daily
coordination de la rédaction
M-J Milloy

gérance
Marian Schrier

assistance à la gérance
Jo-Anne Pickel

publicité
Boris Shedov et Lettie Matteo

photocomposition et publicité
Mark Brooker

RÉDACTION
3480 McTavish, bur. B-03,
Montréal, Québec, H3A 1X9.
(514) 398-6784/5
Télécopieur : 398-8318

PUBLICITÉ
3480 McTavish, bur. B-07,
Montréal, Québec, H3A 1X9.
(514) 398-6790
Télécopieur : 398-8318

Si votre résidence ordinaire est dans les circonscriptions de Lac-Saint-Jean, de Papineau-Saint-Michel ou de Saint-Laurent-Cartierville au Québec, de Humber-Sainte-Barbe-Baie Verte ou du Labrador, Terre-Neuve ou encore, d'Etoibicoke-Nord en Ontario, vous pourrez voter le lundi 25 mars, jour d'élection partielle fédérale dans ces six circonscriptions. Pour avoir le droit de vote, vous devez avoir 18 ans ou plus le lundi 25 mars et être de citoyenneté canadienne.

Si vous êtes dans l'impossibilité de voter le jour du scrutin, le lundi 25 mars, ou les jours de vote par anticipation, les samedi 16, lundi 18 et mardi 19 mars, vous pouvez voter par bulletin de vote spécial en personne, au bureau du directeur du scrutin de l'une de ces six circonscriptions, ou par la poste.

Procurez-vous le guide-formulaire « Le vote des Canadiens absents de leur circonscription » auprès de votre association étudiante ou au bureau du registraire. Ou encore, composez sans frais le numéro ci-dessous.

1 800 INFO-VOTE
(1 800 463-6868)

1 800 361-8935

<http://www.elections.ca>

Élections Canada
L'organisme non partisan chargé de la conduite des élections et des référendums fédéraux

VOTER, C'EST S'EXPRIMER.

À votre santé !

Comment vous santé-vous ? Bien... Allumez-vous une bonne cigarette... Vous ne fumez pas ? Pas grave, allumez quand même ! Versez-vous une tasse de café bien caféiné. Avec un peu d'alcool. Voilà. « Junk food » ? Pas de problème ! En plus, on vous dispense de sport... Bref, la lecture de ce numéro spécial vous dispense de santé réelle. On vous prescrit la santé virtuelle, version *Daily Français*.

Comment se porte la santé ? À McGill, à Montréal, au Canada, dans le monde ? Prend-elle soin d'elle-même, se laisse-t-elle aller ? Demandez aux journalistes du *Daily Français* qui se sont placés à différents points du continuum de la santé.

Santé-question, santé-opinion, santé-fiction, santé-action, santé-option, santé-éducation, santé-Rochon ?

Prescription de Doc. Gill

Daily Français-Spécial Santé. À prendre d'un trait ou au compte-article. Matin, midi et/ou soir. Après le traitement, donner un feed-back à la clinique Daily Français SVF.

Équipe d'intervention-santé du Daily Français.

Éditorial

Rochons tous ensemble

Les contribuables québécois sont finalement passé au bistouri : la réforme Rochon a été enclenchée, entraînant dans son tourbillon des centaines de mises à pied, des fermetures d'hôpitaux et... une profonde déshumanisation des services. Prochaine étape : la fermeture de lits... alors que les malades y sont toujours couchés.

D'emblée, il nous faut admettre que les coupures sont inévitables. Le contexte économique doit nous résoudre à ne pas protester systématiquement dès qu'une instance gouvernementale décide de faire une saignée quelque part. Toutefois, il est légitime de s'interroger sérieusement et de critiquer la façon dont ces compressions s'opèrent.

Dans le cas de la réforme, la chose qui frappe dès qu'on prend connaissance des mesures adoptées, c'est la brutale déshumanisation qui se propage dans toutes les cellules du système. Symbole indéniable d'une bureaucratie toute-puissante, cette dépersonnalisation excessive des services prouve que c'est le Ministère de la Santé lui-même qui est malade.

Il semble que le Ministère a oublié le sens même de la notion de santé. Du moins, y a-t-il une autre conclusion à tirer quand on constate que M. Rochon songe à créer une loterie pour déterminer quelles personnes atteintes du sida pourront bénéficier d'une médication gratuite ? Ou quand on voit que des hôpitaux

renvoient à la maison des patients et patientes qui se sont fait ôter un demi-poumon douze heures plus tôt ?

Il était à prévoir que la réforme sabre dans le nombre de médecins et dans le nombre

d'établissements hospitaliers. Mais qu'elle traite la population malade comme du simple bétail, cela a de quoi faire tomber des nues. Plus que jamais, le Ministère de la Santé, censé être au service de la population, se débranche de la réalité. Désormais le Ministère de l'Éducation ne sera plus seul sur sa planète...

À la décharge des tenants de la réforme, il faut admettre qu'elle a quand même réussi de beaux coups de ciseaux. Afin de désengorger les hôpitaux, on a établi des mesures visant à encourager les soins autonomes à domicile. Les personnes aux prises avec des injections régulières, par exemple, seront de plus en plus informées sur les méthodes de médication autonome, comme c'est déjà le cas pour les diabétiques. Très bonne initiative.

Par ailleurs, une majorité de gens s'entend pour dire que le programme de fermeture d'hôpitaux a été bien conçu, compte tenu des circonstances. Avec maintenant 21 centres hospitaliers sur l'île de Pierre Bourque, la population montréalaise devrait bien s'accommoder du départ de Sainte Jeanne d'Arc et de certains autres hôpitaux médiocres. La perte de l'hôpital Reine-Élisabeth, toutefois, se fera ressentir

d'avantage. À l'heure où des sommes considérables sont englouties à payer des médecins à ne rien faire, il est regrettable de voir fermer un hôpital de cette envergure. Pour sauver des sous, on a déjà vu mieux...

De même, l'instauration d'un ticket modérateur aurait pu venir aider la réforme Rochon. Mais les standards nationaux, déterminés par le fédéral, en interdisent l'application. Rappelons qu'un ticket modérateur aurait permis de renflouer les coffres de l'état tout en nettoyant les hôpitaux de tous ces malades imaginaires. Les gens moins fortunés auraient très bien pu être remboursés en fin d'année, de façon équitable, de la même façon qu'on le fait pour les retours d'impôt et de TPS.

Le gouvernement péquiste blâme le gouvernement fédéral en lui reprochant son manque de flexibilité. Mais si l'on considère l'ensemble de la réforme Rochon, y a-t-il seulement un manque de flexibilité du côté d'Ottawa, ou y en a-t-il également un au sein même du Ministère de la Santé du Québec ?

Dans l'état actuel des choses, ticket modérateur ou pas, on constate que la lubie financière des gouvernements nous entraîne de plus en plus vers un système de santé dangereusement scindé en deux : un service privé, où les personnes assurées et bien nanties seront mieux traitées; et un service public grandement déficient par rapport à ce que nous connaissons présentement. « Au plus fort la poche, au plus fort la dose ! ».

La gratuité et l'universalité des soins médicaux n'est plus possible dans l'état actuel ? Soit. Mais ce n'est certainement pas une raison pour que le Ministère oublie qu'il est là d'abord et avant tout pour la santé de la population. Obnubilé par les questions budgétaires, il en oublie les vrais enjeux. D'ailleurs cette épidémie de « budgérisme » semble se propager sur l'ensemble de l'appareil étatique.

Mieux vaut se rappeler Duplessis, qui disait que « la meilleure assurance contre la maladie, c'est la santé ». Ouais...

Marc Antoine Godin pour l'équipe du McGill Daily français

des MAUX et des REMÈDES

Pat Buchanan	Aspirine va régler ça.
L'aéroport de Mirabel	Aller porter cet éléphant blanc au zoo de Granby.
Roy Dupuis	Sous-titrer ses films.
Patrick Roy	Things to do in Denver when you're dead.
Angelo, Fredo et Roméo	Les coupures au Conseil des Arts s'en occupent.
L'heure JMP	La minute JMP.
Les référendums	Mettre une croix là-dessus.
La guerre en Bosnie	Les mélanger en changeant la couleur des casques.
La pollution des grandes villes	Inciter Huggies à lancer ses fameuses couches d'ozones tant attendues.
Les vacanciers en Floride	Distribuer <i>Le Devoir</i> au lieu du <i>Journal de Montréal</i> à Miami
Jean Chrétien	Disparaître
Le blues de mi-session	Éliminer la session en question.
Le décrochage scolaire	Offrir un Nintendo en guise de diplôme.
Le problème autochtone	Remettre le vieil indien à Radio-Canada pendant la nuit.
La bêtise humaine	Se joindre au Daily Français, salle B-03, édifice Shatner, les mardis à 18h30.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, TOUJOURS AUSSI DISCRÈTS !



La santé au Canada

Se serrer la ceinture fléchée

Michel Tremblay

Certains prétendent que le système de santé canadien est l'un des meilleurs au monde et qu'il faut le conserver tel qu'il est. D'autres préconisent sa modification car ils le considèrent trop coûteux pour une population vieillissante et des ressources restreintes. Les administrateurs d'hôpitaux font face à un double défi : préserver la qualité des services tout en composant avec des compressions budgétaires.

De nos jours, les coupures entraînent une diminution du taux d'hospitalisation par l'instauration de procédés tels que la chirurgie d'un jour. Des mesures comme celle-ci favorisent du même coup la fréquentation des cliniques et des laboratoires privés.

Cependant, ces tendances ne sont pas seulement dues aux compressions budgétaires. On note aussi que la pratique croissante d'une médecine préventive, l'adoption d'habitudes de vie plus saines chez beaucoup de

gens ainsi que la découverte de technologies médicales plus avancées contribuent à rendre ces réformes possibles.

Afin d'atténuer les effets de ces réductions, de nouveaux moyens de financement sont envisagés par les comptables de la santé. On pense entre autres à un financement proportionnel à la taille des populations desservies et à la nature des services offerts.

Qui plus est, toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, procèdent dorénavant à la

régionalisation de leur système de santé. On veut décentraliser et confier des régies régionales à des secteurs plus restreints. Les différents gouvernements souhaitent ainsi accroître l'efficacité du système hospitalier et éviter les chevauchements intergouvernementaux.

En revanche, ces politiques entraînent déjà des fermetures et des fusions d'hôpitaux. Cela se traduit par de nombreuses mises à pied et une informatisation accrue de l'appareil administratif. Les hôpitaux sont à l'heure des logiciels de comptabilité et du partage des bases de données informatiques.

Toutefois, l'ensemble de ces réformes est critiqué par plusieurs. On craint entre autres que la qualité des services s'en trouve réduite et que les gens à faible revenu, qui n'ont pas les moyens de fréquenter les institutions privées, soient encore plus durement touchés par ces mesures. En outre, ils déplorent que l'accessibilité et la gratuité des soins de santé soient remises en cause.

source : CGA Magazine

Vers l'autoroute de la santé

Sandrine Simonnet

Du SIDOCI, projet initial d'un dossier médical clinique, au Médivision, projet actuellement au stade de l'expérimentation, il n'y avait qu'un pas : le ministère de la Santé du Québec l'a franchi. Le Médivision complète le virage ambulatorio amorcé par le gouvernement. Se faire soigner à domicile, sans perdre ni temps ni argent dans les transports en ambulance, et contribuer à la protection de l'environnement en limitant la consommation de papier destiné à l'archivage des dossiers sont quelques éléments de ce projet-pilote.

Avec Médivision, les données médicales sur le patient seront informatisées dès son enregistrement dans un établissement hospitalier, puis triées par une infirmière qui décidera de la priorité de la consultation. Ainsi, tous les examens et résultats diagnostiques, centralisés, compléteront chaque dossier clinique. Si le patient a besoin de l'avis de spécialistes, ou même d'autres médecins, il n'aura plus à se déplacer : sa consultation et son diagnostic se feront à distance, simplement par ce réseau informatique.

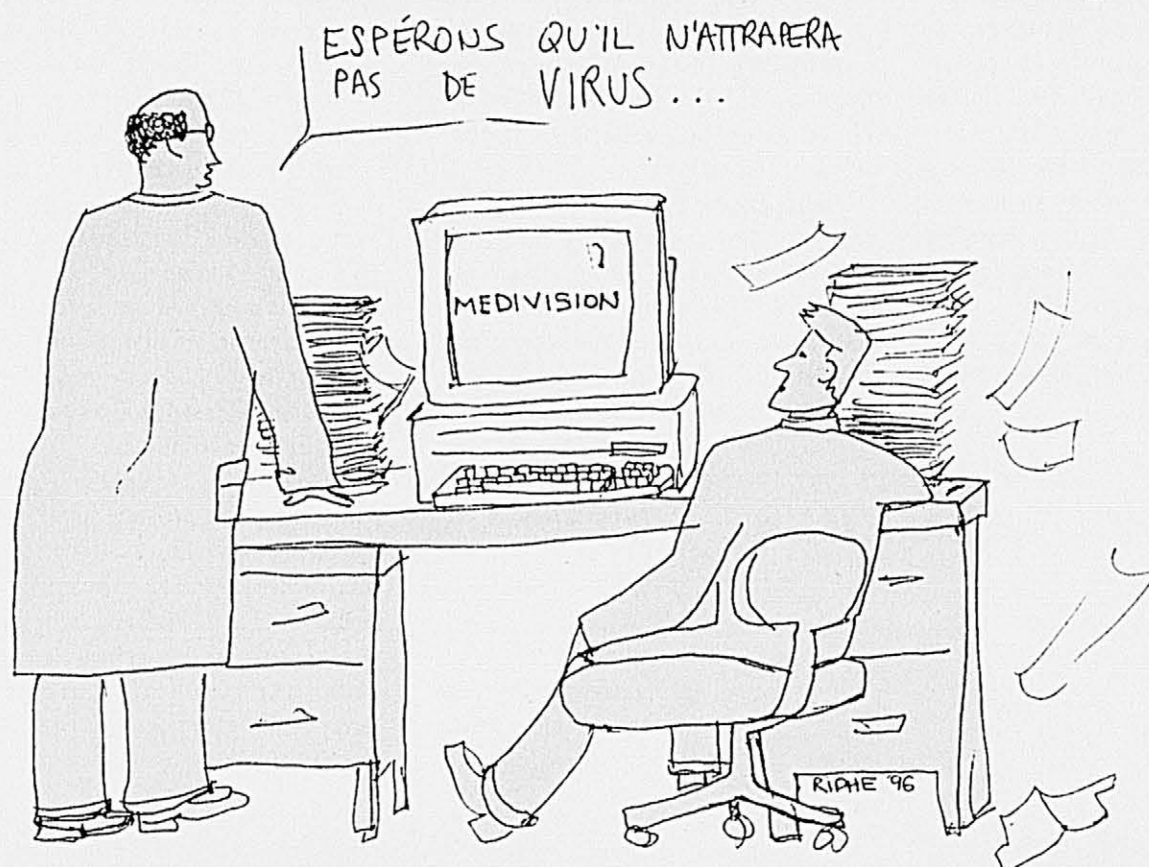
L'équipement informatique nécessite au moins un ordinateur de type 486 ou de type Pentium. L'utilisation de Médivision sera d'ailleurs facilitée grâce à l'environnement Windows. À plus long terme, elle sera encore plus accessible grâce à des écrans tactiles et des crayons optiques. Le recours au CD-ROM offre déjà la possibilité de stocker 23 000 pages par disque.

À la différence de l'Internet, auquel n'importe qui a accès, ce réseau santé sera crypté. Jusqu'ici, même les technologies cellulaires, comme les balayeurs d'ondes, ne

sont pas capables de décoder l'accès à ce genre de réseau. La confidentialité des dossiers sera donc assurée. Seuls les établissements hospitaliers y auront accès.

À l'heure actuelle, le projet est en « phase 2 » : il s'agit de l'élaboration du produit et du développement du logiciel. Certains centres hospitaliers en sont

aujourd'hui au stade expérimental. Les années à venir verront s'installer ce réseau à travers la province. L'échelle internationale ne saurait tarder...



Le Vieillard et le ministre

Inquiétude des personnes âgées face à la réforme

Marie-Estelle Debs

Le 29 janvier dernier, les représentants et représentantes de l'Association québécoise pour la défense des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) rencontraient le ministre de la Santé, M. Jean Rochon, dans le but de lui soumettre les inquiétudes des personnes âgées face à la réforme du système de santé.

Selon Mme Liliane Lecompte, présidente de l'AQDR, deux problèmes majeurs ressortent de ce virage ambulatorio. D'une part, les effets secondaires d'un retour rapide à la maison à la suite d'une opération et, d'autre part, le recours à une médecine curative au détriment d'une médecine préventive.

Sur les chirurgies d'un jour, Mme Lecompte est d'avis qu'un retour rapide à la maison n'est pas une solution réaliste à envisager pour la

population âgée. « Cette mesure, telle qu'appliquée présentement, ne convient pas nécessairement aux personnes âgées. Leur âge et leur situation familiale, qui ne se prête généralement à une convalescence à la maison, n'avantagent certainement pas une guérison complète et efficace », explique-t-elle.

Par ailleurs, l'AQDR se questionne sur la disponibilité des ressources attribuées aux centres locaux des services communautaires (CLSC). En effet, ceux-ci se sont vus attribuer de nouvelles responsabilités quant au suivi des patients. « Je doute que les CLSC puissent offrir un service adéquat à cette nouvelle et nombreuse clientèle, alors que la réforme ne prévoit pas leur offrir de ressource supplémentaire », continue Mme Lecompte.

Enfin, on déplore l'absence d'une étude sur

les coûts des médicaments nécessaires lors d'une convalescence à la maison. « Lors d'une hospitalisation, le coût des médicaments est défrayé par le gouvernement. Qui paiera les médicaments d'un patient lors de sa convalescence chez lui ? » questionne Mme Lecompte.

La tendance vers la médecine curative plutôt que préventive amenée par la réforme inquiète d'autant plus la population retraitée qu'elle craint que ces mesures ne la mènent plus rapidement vers les centres d'hébergement. « Je crains que la médecine curative ne rende les patients dépendants du système et les rende ainsi plus vulnérables à un hébergement hâtif en centres de retraite », poursuit Mme Lecompte.

Interrogés sur leur rencontre avec l'AQDR, les responsables du ministère de la Santé ont préféré ne pas commenter. Jusqu'à présent, l'AQDR n'a constaté aucun résultat significatif suite à l'exposition de ses inquiétudes. L'AQDR organisera un congrès général au mois de juin. Si, d'ici là, elle ne constate aucune amélioration, elle demandera une nouvelle rencontre avec le ministre.

Le McGill Daily français interroge les futurs médecins de McGill

Que pensez-vous de la réforme de la santé ? Comment affectera-t-elle votre carrière ?

PHOTOREPORTAGE
Alexandra Bolduc

« Les médecins sont des cibles faciles à cause de leur salaire élevé. Ces réformes sont néfastes pour les relations entre médecins et patients. »
Marie Laryea



« De nombreuses réformes semblent nécessaires, mais le gouvernement semble croire que les médecins peuvent être remplacés par n'importe quel professionnel de la santé, alors que nous passons une dizaine d'années à étudier. »
Jana Taylor



« Couper 30% des salaires des nouveaux médecins au lieu d'en couper 4% chez les anciens, ça nous décourage, nous qui passons une dizaine d'années aux études. »
Trefor Nodwell



« Je retournerai sûrement aux États-Unis. »
Hasman Haider



« Il me semble que beaucoup d'hôpitaux anglophones sont en train de fermer. En général, c'est un grand risque pour les malades qui devront parcourir des distances de plus en plus grandes pour se faire soigner. »
Susie Ro



« C'est très décourageant car nous semblons être les plus pénalisés par cette réforme. Je suis née au Québec, j'y ai grandi mais ces réformes m'encouragent à en partir. »
Ha-Nam Nguyen



« Ces réformes paraissent nécessaires mais il est difficile de savoir qui a raison. »
Ken Singh

Nursing blues

Louma Atallah

Le Clivage ambulatoire

Les problèmes financiers du gouvernement québécois entraînent des coupures budgétaires dans tous les domaines et surtout dans les services offerts aux contribuables. La fermeture ou le changement de vocation de plusieurs hôpitaux ont provoqué de longues polémiques et une question importante se pose à ce sujet : la réduction du nombre d'hôpitaux signifie-t-elle seulement que nous aurons les mêmes services dans un nombre plus restreint d'établissements hospitaliers ? La toute dernière réforme appelée « Clivage ambulatoire » nous laisse croire que ce ne sera pas le cas.

Voilà quelques années, la commission Rochon avait effectué une enquête sur les hôpitaux de la majorité des pays industrialisés et les résultats étaient clairs : le Québec utilise beaucoup trop ses établissements hospitaliers. Les résultats de cette enquête ont donné naissance à un projet, le « Clivage ambulatoire », qui a pour objectif de mieux utiliser les ressources professionnelles et les établissements de la santé. Bien que ce projet devait à l'origine s'effectuer de façon progressive, les

difficultés financières gouvernementales ont accéléré le processus.

Cette réforme touche surtout les infirmières et infirmiers qui voient leur rôle à la fois changé et alourdi. Pour atteindre les objectifs du « Clivage ambulatoire », on cherche à alléger les services hospitaliers et par conséquent le nombre de patients. On a donc divisé les services hospitaliers en deux catégories : un service à domicile et un service à l'hôpital.

Le service à domicile sera pour ceux dont la maladie ne nécessite pas de soins spécialisés, mais seulement périodiques. Ces soins, comme certains types d'injections, pourront être administrés par des infirmiers, voire par les patients eux-mêmes. Ce nouveau service exigera du personnel infirmier une formation en travaux communautaires, car il s'agira de traiter un malade dans son propre milieu.

Le service hospitalier sera, quant à lui, réservé aux patients nécessitant des soins spécialisés, ou ceux en état critique. Une formation médicale plus poussée sera essentielle pour assurer ce type de service.

Les études en sciences infirmières ne seront pas pour autant spé-

cialisées en chacune des catégories. Les étudiants et étudiantes devront plutôt recevoir une formation générale qui leur permettra d'exercer leur métier dans les deux domaines.

Selon Madame Gyslain Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les études universitaires en infirmierie sont déjà parfaitement adaptées aux exigences de la nouvelle réforme. Il faudra cependant effectuer des changements importants dans le programme collégial devenu insuffisant autant du point de vue médical que social. Auparavant cette formation n'était pas nécessaire car 75% des infirmières et infirmiers travaillaient à l'hôpital. Aujourd'hui leur travail devient de plus en plus polyvalent.

Le service à domicile permettra à la fois de vider des lits, de réduire le personnel et d'apprendre aux patients à se soigner eux-mêmes. Dans ce dernier cas, des infirmiers les visiteront et les initieront aux différents gadgets médicaux qui leur seront offerts. Ces différentes mesures aideront le gouvernement à atteindre son but ultime d'assainissement du budget santé.

Mme Desrosiers semble avoir une

opinion très nuancée à ce sujet et ne semble pas condamner la réforme. Elle croit que cette réforme motivera les infirmiers, qui se verront assigner à la fois des travaux diversifiés et de plus grandes responsabilités. Cependant, cela ne concerne que... ceux et celles qui auront un poste ! En effet, plusieurs se verront transférés dans un domaine qui n'est pas le leur, après plusieurs années d'expérience dans un milieu qui leur était devenu familier.

Comme le dit Gyslain Desrosiers, « pendant une période de transition, estimée à quatre ou cinq ans, des milliers d'infirmières et d'infirmiers vont se trouver sans emploi ». Elle prévoit aussi à plus long terme la création d'agences d'infirmierie privées, qui offriront à domicile des services plus rapides pour ceux qui auront les moyens de se les payer. Cela pourrait avoir des conséquences désastreuses pour certains, mais cela ne semble pas alarmer la présidente.

Pour les médecins, les conséquences restent incertaines. Gyslain Desrosiers craint toutefois une hausse de tension entre médecins et personnel infirmier à cause du rôle de plus en plus important que

ces derniers seront appelés à jouer.

La présidente a cependant voulu nous rassurer en insistant sur l'excellente réputation à travers l'Amérique du Nord du programme d'infirmierie de McGill, qui offre une formation complète parfaitement adaptée à la réforme. Ces éloges sont plutôt rassurantes pour la communauté infirmière mcgilloise mais qu'en est-il des cégepiens et cégepiennes en technique infirmière ? La question reste en suspens.

Gravitant autour d'elle, d'autres questions planent : que va-t-on faire de tout le corps infirmier sans emploi ? Les services de la santé perdront-ils de leur efficacité ? Les malades ne seront-ils pas pénalisés par le manque de traitements spécialisés ? La période de transition qui mettra tant de personnes au chômage est-elle réellement une simple période de transition ?

Le projet « Clivage ambulatoire » ne semble pas répondre à ces interrogations. Les affirmations de Mme Desrosiers semblent même inquiétantes. Son calme aussi. Peut-être nous ne reste-t-il qu'à attendre avec sérénité la suite des événements. D'ici là, trouvons-nous une maladie et soignons-la le plus vite possible.

Les médias et la science

La Science à sensation

Louis-Philippe Corbeil Girard

Le cancer a longtemps dominé la couverture des médias avant d'être éclipsé par le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA). Cette prédilection des médias pour des sujets chocs « à la mode » peut s'expliquer, entre autres, par une compétition féroce dans la course aux cotes d'écoute.

Du *Fléau* de Stephen King jusqu'au film *l'Épidémie*, la fiction a offert des fièvres hémorragiques, des armes bactériologiques et des épidémies dévastatrices. Face à l'engouement du public, l'appareil médiatique offre ce qu'il y a de mieux : la science en direct, à la télé. « Cette fois-ci, c'est pour de vrai » disent les reportages.

Chaque mois un nouvel animal, une nouvelle maladie devient l'ennemi public numéro un. Il n'a suffi que d'un bon cas

médiatisé pour que, chaque fois que le mot streptocoque est prononcé, pris de panique, on se sente obligé de faire allusion à la bactérie mangeuse de chair.

La recherche du sensationnel, du « scoop », pousse ainsi souvent les médias à mystifier la science alors qu'ils désirent la simplifier. Les médias sont passés maîtres dans l'art de transformer les probabilités scientifiques en certitudes. Il n'y a qu'à regarder la profusion d'articles sur la génétique dans la presse écrite : gène du suicide, de l'homosexualité et du quotient intellectuel font la manchette. Dans cette frénésie génétique, les journalistes semblent avoir oublié l'importance de l'environnement sur le développement physique et psychologique de l'individu. Ils transforment ainsi cette science en une menace à l'éthique humaine. Ils créent la polémique, sèment la panique au lieu de poser des

problèmes et d'inciter leur public à y réfléchir. En faisant cela, ils éviteraient de donner aux sciences un visage qui ne leur appartient pas.

Pour un public néophyte, s'il s'agit de science et que les médias l'ont dit, c'est forcément vrai. Ce qui ressort de ces reportages, c'est la puissance de la science. Dans l'euphorie générale, *Times magazine* prévoyait même que la génétique allait améliorer la nature...

On oublie que la science ne fait pas de miracle. Mais... c'est pas bon pour la cote d'écoute ! Pour atteindre le maximum d'impact, pour simplifier, on délaisse souvent les années de recherche qui ont précédé la découverte décrite. On présente alors les sciences comme une simple série de découvertes; on oublie la lente progression qui a mené à l'innovation. Du coup, on fait croire au public que la science peut tout faire en un instant.

« Après un demi-siècle de recherches, la génétique porte fruit : c'est une tomate. » Voilà un titre à sensations comme les médias les aiment, et les chercheurs les détestent. Il réduit la recherche génétique à un fruit, néglige l'ensemble des implications humaines de toutes les années passées à faire de la recherche. On préfère montrer l'archétype du savant qui s'écrit tout d'un coup « Eureka, j'ai trouvé ! ».

En guise de conclusion, les journalistes dépeignent alors l'incroyable potentiel de la science en spéculant sur ce qu'elle nous réserve pour l'avenir. Parfois, on entre même dans la science fiction. *Existerait-il une bactérie sur Mars?*, demandait un article de *La Presse*. Pire encore, en première page de la *Gazette* on pouvait lire: « Sex can slow aging, British study shows ». Après de si brillantes études, pas étonnant si l'on pense que la science peut tout faire.

La distortion établie par les médias entre la science et la fiction, surtout dans un domaine qui touche d'aussi près les sciences de la santé, simplifie à l'extrême les dilemmes éthiques et sociaux posés par les nouvelles découvertes médicales.

Mais les choses vont plus loin. Les médias donnent une image des sciences de la santé comme étant toutes puissantes contre la maladie. Par ailleurs, elles peuvent également faire volte face et dépeindre ces sciences comme une grande arnaque visant à remplir les poches des médecins. Puisque la science peut tout, pourquoi diable souffre-t-on encore de maladies comme le cancer ? Comment se fait-il que le remède contre la grippe n'ait pas encore été trouvé ? À en croire les médias, il ne reste que les médecines alternatives. Le public est en droit de se demander où est passée l'objectivité journalistique.

D'ailleurs, le traitement de l'information biologique et médicale par la gent journalistique est souvent condamnée par la sphère scientifique. En France, sur les 28 000 journalistes français, on estime à 200 le nombre de journalistes scientifiques qualifiés. C'est, somme toute, au manque de formation spécifique que l'on attribue la distortion de l'information. Face à des disciplines de plus en plus spécialisées, il est compréhensible que l'information devienne de moins en moins accessible.

Pour remédier à cela, Henri Atlan (professeur de biophysique) et Lucien Sève (philosophe) proposaient la création d'une « instance autonome » qui aurait pour but de contrôler l'information et de s'assurer de la qualité de la transmission de l'information scientifique relative aux domaines biologiques et médicaux.

Une telle proposition fut violemment contestée. On déclarait qu'il s'agissait d'une atteinte à la liberté de presse et que si bien des scandales avaient été révélés au grand public, c'est parce que justement, les médias avaient pu s'exprimer librement sans risquer d'être discrédités.

Le meilleur allié du lectorat restera donc son œil critique.

Programme Transart vers l'emploi de l'Atelier d'Artisanat du Centre-Ville

Passage par l'art

Richard P. Henri

Tout art ... peut être considéré comme un remède de la vie. » Cette théorie de Nietzsche, l'Atelier d'Artisanat du Centre-Ville la met en pratique depuis 25 ans. Avec son programme *Transart vers l'emploi*, l'Atelier offre, à des personnes anciennement psychiatriées, les moyens de se refaire une vie.

Fondé sur des principes d'ergothérapie, l'Atelier d'Artisanat du Centre-Ville propose, pour aider des ex-psychiatisés-es à réintégrer la société, la pratique des métiers d'art : sérigraphie, couture, tissage, vitrail, fabrication de bijoux... Son programme de formation artisanale, en deux volets, s'adresse spécifiquement aux gens ayant connu des problèmes de santé mentale désirant soit réintégrer la société soit se trouver un emploi.

Le premier volet, la réinsertion sociale, concerne les personnes ayant vécu ou vivant encore des problèmes de santé. « Ceux qui sont inscrits dans ce programme ne sont pas rendus assez loin dans leur démarche psychologique, explique Nicole René, la directrice générale de l'Atelier. Ici, on leur donne de nouvelles habitudes de vie. Ils apprennent à socialiser, à être en contact avec autrui, à partager leur univers ».

Le second volet, le programme Employabilité, s'adresse aux participants et participantes qui effectuent des démarches pour retourner sur le marché du travail. « Ces gens-là ont déjà cheminé dans leur vie et se sont suffisamment réappropriés l'univers social pour être capables d'aller sur le marché de l'emploi », poursuit Mme René, en poste depuis près d'un an.

Le programme-employabilité dure 40 semaines. Durant les 20 premières semaines, l'objectif du programme est de reconstruire la confiance et d'amener les participants à prendre conscience de leur potentiel. Comme l'explique Mme René, « on les aide à aller chercher, dans leur expérience vécue, des acquis qui leur donneront des atouts pour aller chercher l'emploi qu'il désirent ».

Dans les 20 dernières semaines, le centre offre un encadrement soutenu dans la recherche d'emploi et met directement l'accent sur les techniques de recherche d'emploi dont la rédaction du CV et les techniques d'entrevue. De plus, les étudiants et étudiantes complètent un stage de 5 semaines.

Ainsi, après 40 semaines de formation, celles et ceux qui finissent le programme essaient de se trouver un emploi ou retournent aux études.

Cependant, malgré les efforts faits en technique d'emploi, la priorité de l'Atelier est l'autonomie financière et sociale par la pratique artistique ou artisanale. Les objets accrochés au plafond, exposés sur le mur, posés un peu partout démontrent bien la priorité du centre. « À travers tout ce qu'on fait, les métiers d'art représentent notre outil privilégié d'intervention », précise Mme René.

La pratique de l'artisanat permet de développer des habiletés comme la concentration, la dextérité, la coordination qui peuvent avoir été perdues à cause des médications. Précisément, l'artisanat semble être un outil qui permet « aux étudiants de reprendre un rythme fonctionnel dans la société et réduire la médication ».

En fait, l'Atelier est un organisme à but non-lucratif financé par les fonds publics. Et d'après la clientèle de 120 personnes par semaine, ces dépenses sont grandement justifiées. Malgré les difficultés de réintégration, et les difficultés à trouver un emploi, « je m'affirme plus et mieux qu'auparavant, écrit Monique Beauchemin, de l'Atelier d'Email sur cuivre, dans un recueil des commentaires sur l'Atelier. [Le centre] m'a aussi

permise de reconquérir des habiletés personnelles et de travail que je croyais avoir perdues. » L'art permet d'ouvrir ou de réouvrir des horizons préalablement perdus. « La création, ça décoince, ça permet les idées constructives. À rester chez vous, tu as des idées noires », confirme Linda Ratelle de l'atelier de tissage.

En fait, l'Atelier d'Artisanat du Centre-Ville semble être un petit paradis pour une clientèle particulière. Les responsables ont tous le sourire sympathique, les étudiants ont tous un mot gentil.

Mais quand on sait par où sont passés celles et ceux qui participent à Transart... Quand on admet qu'ils et elles auront éventuellement à affronter la société, sans encadrement, on réalise que l'Atelier n'est qu'un passage heureux. Un passage qui suit des moments durs, qui précède des moments incertains. En fait, l'Atelier permet aux participants et participantes d'extérioriser et de matérialiser leurs atouts. « La meilleure façon pour qu'une personne retrouve confiance dans son potentiel, résume Mme René, c'est de toucher quelque chose qui est sorti de ses capacités. »

Atelier d'artisanat du centre-ville. 3680, rue Jeanne-Mance. Tél : 844-6458 ou 288-3460.

Santé et corps social

Comment vivre d'amour et d'eau fraîche

Alain Huot

Depuis quelque temps, la mode est à l'eau de source, si incomparablement plus pure que celle du robinet. L'eau de source est la santé même; on l'arbore comme un étendard dans ses cours, à la bibliothèque McLennan-Redpath (malgré que ce soit tout à fait interdit) ou, mieux encore, au centre sportif, où l'on se sculpte l'image d'un buveur ou d'une buveuse d'eau. Rien n'est plus sexy que cette transparente pureté.

Pourtant, la santé n'est pas toujours si limpide qu'elle n'y paraît. Elle est devenue une norme, voire une sorte d'obligation. Si, autrefois il fallait sembler prospère, il faut maintenant paraître sain. Même dans les publicités de cigarettes, les individus présentés comme modèles affichent toujours une parfaite santé et une dentition sans défaut. Par une triste ironie, l'acteur personnifiant le cow-boy de Marlboro serait paraît-il affecté d'un cancer du poumon et ferait maintenant campagne contre le tabagisme.

Ce système de valeurs a eu un effet spectaculaire sur la quantité de graisse qu'il convient de porter aujourd'hui autour de sa taille. Les

femmes sont dans le colimateur de cet aspect répressif de la valorisation de la santé, qui n'est pas étranger à l'enjeu du contrôle du corps féminin.



Photo : Alexandra Bolduc

À ce propos, un congrès sur l'image corporelle s'est tenu à McGill le mois dernier, avec un festin gratuit et libérateur comme clou de l'événement.

Un des slogans du congrès pourrait se traduire en français par : « Votre corps est superbe, c'est la société qui est dérangée » (les mots anglais exacts étaient moins polis et impubliables dans ces colonnes).

Parmi les thèmes soulevés lors de ce colloque, les désordres de l'alimentation occupaient une place centrale.

Johanne Prigent, dans son documentaire *La peau et les os* avance que 7% des jeunes

femmes souffrent d'anorexie. En fait, le taux serait plus élevé encore chez les étudiantes universitaires, parmi lesquelles on observe trop fré-

quemment des problèmes de malnutrition (notamment des carences en protéines).

Les hommes sont aussi soumis à des normes, mais elles sont inculquées de manière plus subtile. L'emphase n'est pas mise tant sur la graisse corporelle que sur la musculature, le signe incontesté d'un corps puissant et sain. Même chez les gais, souligne Michelangelo Signorile, il est très difficile de mettre en valeur, dans la publicité ou dans les médias spécialisés, une apparence physique qui ne corresponde pas à cet idéal.

Une belle et saine apparence semble donc être pour tous le seul modèle adéquat. Est-ce dû à une impossibilité d'envisager la vieillesse et la mort? Voilà probablement une partie de l'explication. En règle générale, les personnes âgées représentées au public semblent incroyablement jeunes.

Est-ce aussi que nous avons profondément intégré l'idée selon laquelle la vie est une compétition où survivent seulement les mieux adaptés? Une chose demeure certaine, si on veut plaire et séduire, il vaut toujours mieux laisser voir sa bouteille d'eau que ses fioles de médicaments.

Correction de la vision au laser

Eye Trek

Pierre Angers-Nguyen

Finis les lunettes », lancent maintes annonces répandues dans les métros, sur les billboards, dans les magazines. « Grâce au laser, rangez vos verres pour toujours! ». S'agit-il d'un remède miracle ou d'un attrape-nigaud?

D'après le Dr Nguyen Thien Hoa, médecin à l'hôpital Pierre-Boucher, la correction de la vision au laser est une chirurgie qui modifie la courbe de la cornée, en brûlant, à l'aide du laser, une mince couche de cette dernière. Partie antérieure transparente du globe oculaire, la cornée est une sorte de lentille humaine. En l'amincissant, la vision se trouve changée, comme si l'œil était aidé de nouveaux verres. Ainsi, la myopie, anomalie qui rend troubles les images éloignées, est corrigée.

Les premières chirurgies ont été effectuées à la fin des années 1980. Depuis, les techniques s'améliorent, mais l'exactitude du procédé peut encore progresser. « Le client doit savoir que la correction est une question de patience. La vue change

durant la guérison de l'œil. La correction est donc faite en fonction de l'œil guéri, ce qui résulte en une correction qui n'est pas instantanée », explique M. Aras, chargé des recherches aux Cliniques Michel Pop, spécialisées en correction au laser.

Il faut dire que cette nouvelle technique n'offre pas la garantie d'une correction rapide, et encore moins celle d'une correction complète.

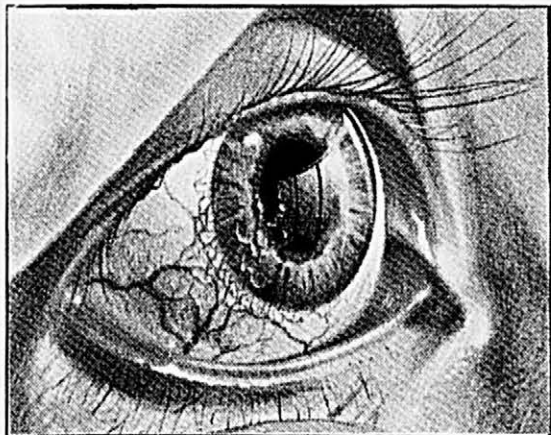


Photo : Medscape International

« Ça dépend des cas », explique M. Marc Aras, « Dans la plupart des cas de myopie dite commune, on peut corriger la vision complètement, c'est-à-dire à peu près 97% des cas. Mais pour les myopies sé-

rieuses, il y a une amélioration de la vue, qui nécessite quand même l'aide de verres. »

Le Dr. Nguyen affirme par contre que l'opération s'avère quelquefois douloureuse : « La technique au laser modifie la cornée d'un œil à la fois. Des patients ont déjà limité leur traitement à un œil, par crainte de la douleur », explique-t-il. M. Aras, pour sa part, rajoute « qu'il peut y avoir de la douleur dans les 24 à 48 heures après le traitement, mais grâce au port d'un verre protecteur, une nouvelle technique, la paupière ne frotte plus contre la cornée. Donc, le niveau de douleur est moins élevé. Après trois jours de repos, le client retourne pour une visite de vérification, lors de laquelle le verre protecteur est enlevé. Ainsi, les cas de douleur sérieuse sont très peu fréquents ».

Pour que le traitement soit efficace, le patient doit essentiellement avoir des yeux en bonne

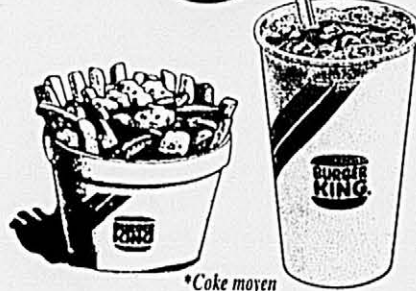
santé ainsi qu'une vision stable. Si le client a dû changer de prescription fréquemment, la correction au laser sera probablement nécessaire plus d'une fois.

Enfin, les techniques de correction au laser deviennent de plus en

plus précises avec entre autres, des appareils de bien meilleure qualité. Compte tenu de la nouveauté de cette méthode, on peut croire qu'elle sera optimisée dans le futur, et que les résultats seront plus immédiats.

Poutine & Coke

pour \$3.49*



*Coke moyen

Valable seulement chez:

BURGER KING

2001 University • Métro McGill

JE préfère
BURGER KING

Veuillez présenter ce bon avant de commander. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre. Aucune valeur marchande. Le détenteur de ce bon paiera les taxes de vente applicables.

Date d'expiration: 30 Avril, 1996.
MC DE BURGER KING CORPORATION 1996

À ma Paponine

conte

Les Trois pommes

À sa naissance, la sage-femme le trouva bien menu. « Des natures faibles comme celle-là, c'est des foyers de tuberculose », avait-elle pensé en se lavant les mains. Elle frottait ses doigts maculés de sang et, devant le miroir, maudissait le poireau qu'elle avait sur la joue.

Dehors, la fin de la nuit était froide et les lucarnes se berçaient au vent, pendules de lumière. Une tempête de poussière balayait les rues dans un cauchemar d'odeurs, charriait les relents des arrières-cours. Une obscurité vide, avide. Une nuit de pestiféré comme jamais elle n'en avait vue.

Jamais, non plus, n'avait-elle délivré un bébé aussi petit. Le nouveau-né était plus léger que l'air, laissant croire que la mère n'avait enfanté qu'une simple enveloppe de peau. Aux prises avec mille superstitions, la sage-femme redoutait la trop grande fragilité de l'enfant. Mais, en s'asséchant les mains, elle concéda que le temps, en bonne fortune, allait peut-être lui donner forte constitution. Après tout, on avait bien vu dans le passé des poupons auxquels on ne donnait pas deux ans a priori et qui, finalement, se rendaient de grande santé à l'âge adulte.

Toutefois, cet enfant-là, elle le sentait sans trop savoir pourquoi, avait peu de choses en commun avec les autres. Elle se prit à regretter d'avoir supporté la naissance du fils légitime de Herb Potts et de Lisa Blacks. Légitime... comme elle aurait préféré qu'il ne le fût pas !

L'avenir confondit pourtant la matrone dans ses appréhensions. Le petit Lyle accumulait les années sans coup férir, vieillissant... mais sans pour autant grandir. Sa vigueur ne faisait aucun doute, mais sa taille minuscule en semait plusieurs du même coup. Les médecins lui prodiguaient des onguents, des huiles de toutes sortes, des tisanes. Rien n'y faisait.

C'était le temps où les médecins, en feutre noir, débarquaient à toute heure; ils sautaient de leur cocher et venaient débarrer leurs malles de fioles et d'aromates. Partout ils étalaient leurs incertitudes et soignaient toujours les doigts croisés. Dans le cas du petit Lyle, on voulait « prévenir plutôt que guérir. Et de grâce, madame, faites-lui faire des étirements ».

Sans vraiment être difforme, l'enfant n'inspirait rien de bon. À neuf ans, un visage déjà marqué par le sort, un regard qui épiait la moindre ironie, une bouille de grincheux avant l'âge... Nul doute qu'une mine moins patibulaire l'aurait rendu moins batailleur. Mais les choses étant ce qu'elles étaient, Lyle Potts, en vieillissant, multiplia les combats de lutte dans la cour de l'école Smallwood. Écorché vif, il comptait gagner le respect par les poings, par la bravoure qu'il démontrait en opposant, le menton bien offert, sa frêle carcasse aux gabarits les plus imposants.

Mais les nombreuses râclées qu'il subit étouffèrent bientôt ses ambitions et Lyle, premier du rang et dernier du nom, resta toute son enfance un objet de dérision.

Les esprits objectifs n'ont jamais pu nier que Lisa Blacks-Potts adorait son enfant. Le

problème, c'est que ceux-ci n'étaient pas nombreux. On la pointait du doigt, on la croyait sorcière pour avoir donné le jour à un tel monstre de petitesse.

Quand l'enfant fut finalement rendu à l'adolescence, et qu'alors tout espoir de le voir grandir s'était estompé, Mr. Herb Potts quitta femme et enfant pour poursuivre ses activités à Manchester. Désormais mère maudite et femme répudiée, Lisa mourut sans attendre. Longtemps elle s'était répétée : « Lyle n'a pas été gâté par la nature. Qu'il le soit au moins par sa mère ». Mais elle s'était épuisée à contenter un garçon inconsolable dont la seule vue bouleversait les idées reçues sur la nature humaine. Elle ne pouvait plus fermer les yeux sur l'affliction de son fils et s'empêcher de sentir la malédiction à travers toutes ses respirations. En outre, elle ne se sentait plus la force de lutter seule contre la désapprobation populaire.

Elle mourut donc pour le mieux et on la mit en terre à Littleton Park. Lyle, à l'aube de sa majorité, rêvait aux étoiles et inventait des constellations pour sa mère. Il aurait bien voulu lui décrocher la lune mais, même sur la pointe des pieds, le regard au ciel, il devait y renoncer.

Les années grugèrent Lyle Potts peu à peu, jusqu'à étouffer l'ardeur qui subsistait en lui. Ses espoirs devinrent des rancœurs; ses rêves, des manigances. L'air puritain d'Oxford, ses nuits sombres et embrumées, lui convenaient bien. Il y déplaçait son ombre ridicule et, fantôme ou espion, faisait sursauter à travers la ville les badauds que le crépuscule enivrait.

Durant la journée, il demeurait cloîtré, à l'abri des rires cruels, des yeux qui condamnent en silence et des moues dégoûtées. Il se cachait comme si le soleil frappait plus fort sur sa petite tête, comme si son corps en avait moins à suer pour qu'il se réduise en eau. Il fut longtemps à vivre ainsi, à s'enfermer au milieu des vieux meubles familiaux, à dépenser le maigre bien que sa mère lui avait laissé.

Heureusement il trouva un jour refuge chez un vieil orfèvre qui lui offrit, par pitié ou réel besoin, un emploi d'assistant. L'antique bijoutier, homme pâle et sombre, avait des manières consciencieuses et réfléchies. Quand il relevait la tête et quittait des yeux le travail de ses pierres, il

vous scrutait à la loupe, évaluait d'emblée votre valeur. Il laissait filtrer de sa bouche un « sir » à peine perceptible puis retournait à ses menus travaux, le dos recroquevillé et le bout de la langue sorti.

Potts se demanda longtemps comment l'homme pouvait travailler à l'aise sur un haut tabouret. L'inconfort d'être toujours penché sur sa petite table aurait dû être suffisant, lui semblait-il, pour réorganiser son espace de manœuvre. Mais ce travers avait laissé des traces : le vieil homme était à un tel point courbé qu'il était à peine plus grand que son court apprenti.

L'orfèvre, sans être taciturne, restait peu bavard et ne se laissait pas découvrir facilement. Lyle glanait les informations çà et là, rassemblait les morceaux d'un casse-tête auquel il manquait toujours des pièces. Potts apprit toutefois, au bout de quelques semaines, que Mr. Ruff était veuf de longue date et que la fortune de son commerce lui avait permis de s'amasser de belles réserves. Visiblement peu enclin à la dépense, et n'ayant pas à en faire pour une famille, le bijoutier entassait son bien dans la plus grande indifférence.

Son plus grand mystère demeurait sa dé-

d'affronter la foule et ses foudres. Mais, comme tout le monde, Lyle Potts devait gagner son pain. L'orfèvre le lui lançait par petites bouchées, comme à un oiseau. Il loua la grandeur d'âme de ce septuagénaire qui, dans son mutisme, l'avait traité avec égard et sans malice.

Il en fut ainsi quatre années durant. Quatre années au cours desquelles Lyle Potts apprit tant bien que mal à se montrer et à tisser des liens (oh ! rien que de très sommaire) avec les habitués de *Diamonds-in-the-Ruff*. Pourtant c'était au prix d'afficher la plus grande aise par rapport à son handicap. Devant les autres, son sourire disposé masquait la déchirure, la tache originelle dont il tenait rigueur au monde entier. Seul à la maison, il réprouvait sa condition abâtardie par des colères explosives : il projetait des vases et des bibelots, brisait des miroirs... et son cœur aussi, en fin de compte.

De retour à la bijouterie, il était en sursis, en état de trêve. Très agile de ses mains, il concentrait ses énergies dans la manipulation des bijoux et oubliait, momentanément, la déclaration de guerre qu'il s'était faite.

Quelques mois après que la ville d'Oxford eut pleuré la mort de son prédicateur John Wesley, le bijoutier Ruff s'éteignit comme il avait vécu : dans l'anonymat et la dignité. Potts, pour sa part, réalisa que toute la charge de la joaillerie allait à présent lui incomber. Le sort, qui s'était toujours fait impitoyable, le favorisait aujourd'hui en le dotant d'un emploi stable et de la promesse d'une longue carrière. Il s'accommoderait très bien de travailler seul et espérait élever son statut social là où son corps ne le pouvait pas. Pour la première fois, il crut qu'il avait une aptitude au bonheur.

Un jour, la porte de la bijouterie s'ouvrit sur deux demoiselles de bon teint. L'une d'elles s'esclaffait de ce que l'autre avait dit en entrant. Au premier regard, Potts remarqua la morphologie semblable des deux jeunes femmes. La plus élancée avait de longs cheveux noirs et de très belles mains. Elle en tendit une à Potts en lançant : « Sortez-moi vos plus beaux jongs, j'en veux trouver un pour mon mari ». La bague ne serait donc pas pour la main si élégamment offerte...

L'autre demoiselle, au sourire éternel, avait fait des tresses françaises à sa longue tignasse brune. Accoudée à la vitre du comptoir, elle observait les faits et gestes de Potts d'un œil amusé. Ce dernier le ressentit, mais ne s'en formalisa pas. C'était, le sentait-il, un curieux regard de sympathie.

Une fois qu'elles eurent fait le choix d'une alliance, Laura Grave entraîna la promise à l'extérieur du commerce, laissant flotter dans l'air une commune odeur de lavande.

Laura Grave provenait d'une modeste famille récemment immigrée d'Irlande. Il importait à ses



Jean-François Vincell

es de Mr. Potts

Marc Antoine Godin

parents, des arrivistes catholiques, de marier leurs filles à des hommes bien nantis. Ils étaient sur le point d'unir Rose-Lynn à un notaire, tandis que l'on cherchait toujours un époux à Laura.

En cette fin de journée, Laura rapporta à ses parents la rencontre d'un individu bizarre, anormalement petit mais... bijoutier. Laura ne l'avait pas trouvé beau mais admettait que le commerçant s'était montré affable et courtois.

Ses propos firent tant et si bien leur chemin que Mr. et Mrs. Grave rendirent visite à Lyle Potts. Ils constatèrent - comment faire autrement ? - que la tête de Potts dépassait à peine le dessus du comptoir. Mais qu'importe, il fallait caser Laura avant qu'il ne fût trop tard.

Puisqu'à femme donnée on ne regarde pas la bride, Lyle Potts accepta de prendre la main de Laura. Pourtant, de nouveau seul dans le magasin, Potts ne comprit pas pourquoi il avait entériné une telle union. Il ne connaissait rien de cette femme, ne l'avait vue qu'une seule fois... Elle lui avait paru quelconque et, faut-il s'en surprendre, peu attirée vers lui. Au demeurant, elle ne lui voulait aucun mal.

Il se sentit étourdi, puis las d'avoir mis fin de façon si abrupte à une vie simple où, n'ayant de comptes à rendre à personne, il pouvait jouir de sa liberté comme il l'entendait, fuir quand il en voyait la nécessité, s'échapper lorsqu'il se sentait traqué. En définitive, Potts avait peut-être accepté pour tromper les rares inconvenances de la solitude et pour recréer ce que la mort de sa mère avait fait disparaître.

Après que l'euphorie des célébrations eût décanté, Lyle Potts comprit cependant qu'il ne serait jamais épris de Laura. Et que, un jour ou l'autre, il aurait la même confirmation du côté de sa femme. Elle était devenue sienne par inadvertance, par un coup du destin. Un coup bas. Elle n'était rien d'autre qu'un nouvel élément avec lequel il devait composer.

Avec le temps, outil de mesure cruel de la dégénérescence, Lyle sut relever dans les remarques et les regards de Laura une condescendance qu'elle n'avait pourtant pas affichée jusque là. Manifestement, concluait-il, elle n'avait pas été mariée selon son gré. Il voyait à plusieurs détails le mépris austère de sa femme pour son corps taché de puérilité.

Et pourtant, elle lui donna un fils. À l'approche de l'enfantement, Laura avait trainé son ventre comme un boulet, une condamnation à demeurer éternellement liée à un infirme. Jamais elle n'accepterait de porter l'odieux d'une union qu'elle n'avait pas voulue. Comme elle souffrait d'avoir parlé de lui à ses parents ! S'était-elle montrée tellement enthousiaste à son endroit ? Mais non... « On était venu pour Rose-Lynn, pas pour moi ! »

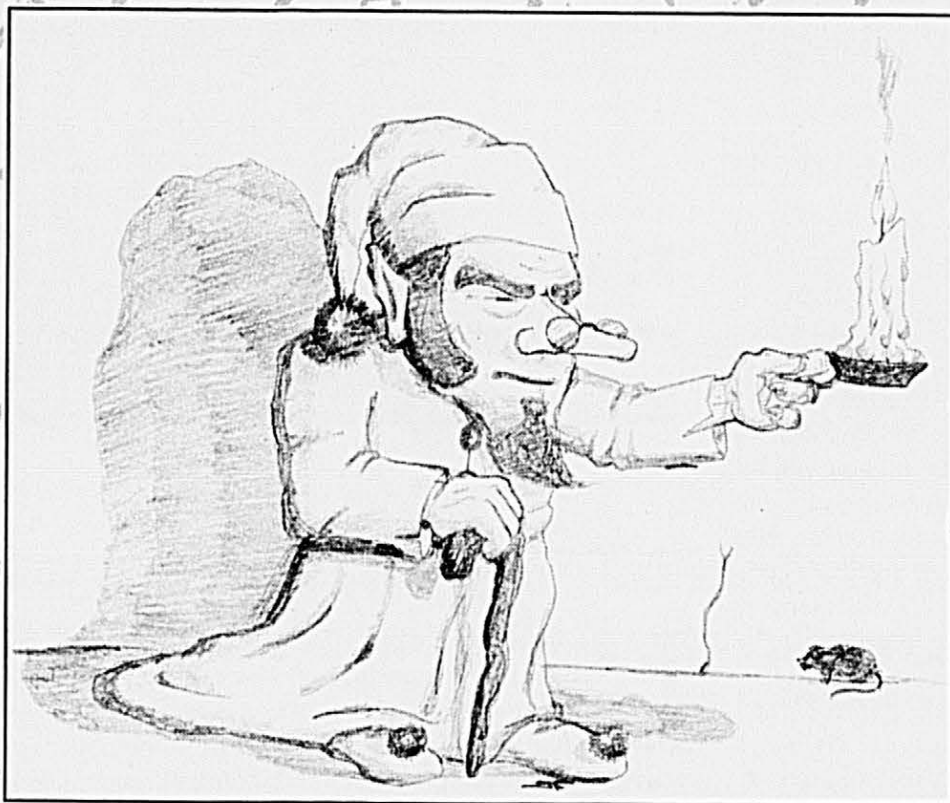
La naissance de Gabriel vint heureusement panser l'acérbe tristesse de Laura. Il apparaissait comme un compromis, un effort mitoyen

de conciliation. Un symbole de réussite pour camoufler l'échec. Elle le regardait, admirative : il ne souffrait d'aucune infirmité, il avait le teint frais et l'œil vif. Il avait, croyait-elle, son billet pour l'Arche.

Le doux Gabriel leur procura pendant sept longues années un semblant de bonheur tout à fait insoupçonné.

Mais arriva le temps où l'enfant prit du coffre et de la stature. Garçon fringant, tous voyaient en lui l'âme et le corps d'un athlète. Son père, pour un, voyait grand.

Or Gabriel en prenait si bien que son père constatait sa progression d'un jour à l'autre. Il en était dérouter, dépassé. Étrangement, comme des nuages de tempête qui s'installent au-des-



sus d'un lac, comme une lune emprisonnée dans un étai d'obscurité, Potts sentait sa taille de myrmidon se confronter graduellement à celle de son fils. La joie et la fierté qu'il tirait de Gabriel se muait de façon inexorable en jalousie.

Il lui semblait inconcevable qu'un père fût plus petit et plus chétif que sa progéniture. Sa crédibilité en serait minée. Et comment, dès lors, Gabriel percevrait-il son père ?

La main fermée sur le goulot d'une bouteille d'eau-de-vie, il se dit que tout cela était absurde...

Ce midi-là, Lyle Potts ouvrit sa boutique à contre-cœur. Il était févreux et particulièrement irritable. Il se montra impatient avec les quelques clients qui franchirent le seuil de *Diamonds-in-the-Ruff*. Mais derrière le masque du commerçant, il y avait le père. Le visage de Gabriel lui revenait sans cesse en tête, comme un aide-mémoire ou un péché. Incapable de lutter contre l'image récurrente de son fils, Potts

com- pensait par une ardeur au travail redoublée. Mais bientôt un violent mal de tête le força à froncer constamment les sourcils. S'il décrivait le visage, c'était certain, sa tête allait éclater.

Il ferma plus tôt que prévu et, le nez rougi, rentra chez lui complètement abattu.

Au souper, Potts se leva promptement de table et, en raison de son malaise, alla se coucher. Sous les couvertures, rendues moites par la sueur, il fut incapable de dormir. Des tourbillons éblouissants éclaboussaient sa tête, lui ôtaient toute raison, l'élevaient ou le rabaissaient dans une dimension qui allait au-delà du matelas, au-delà de la fenêtre qui battait au vent...

C'est ainsi que l'on remercie d'avoir reçu la vie ? On commet un affront indécent à son père et, bon sang, on ne fait mine de rien ? Et le respect, qu'en fais-tu, Gabriel ? Ne dois-tu pas déférence à ton père ? Lyle se retournait et, suin-

froid et la lune était froide... La bête se cache en toi, gare à ton père, enfant de malheur. Les loups se bercent en t'attendant. Un pied de jambe, un pied de tronc, un pied de tête, trois pieds, il n'en faut pas davantage pour vivre, Gabriel ! Prends exemple sur celui qui t'a précédé, il en a vu d'autres et maintenant ne veut plus te voir. Son sang se glace à l'idée qu'il puisse couler dans tes veines. Et comme tu as le bras long Gabriel, quelle portée tu as ! Tu aurais été un hymne à la force et à la souplesse... Mais, vois-tu, ton père convoite tes deux émeraudes, tes boucles d'or, tes bijoux de famille, les trente-deux ivoires que tu souris toujours. Papa Potts, ton Potts, il les polira avec la lame et en fera des colliers... La lame. Le nain s'était redressé sur son lit, les yeux ouverts, vitreux et curieusement absents. La lame se joue de toi Gabriel. Tu n'as pas de veine. Ton grand corps, si finement ciselé, si découpé, réduit en copeaux de chair... Lyle Potts se leva, descendit à la cuisine. Le long couteau, celui que Laura utilise pour les rôtis et les grosses pièces... Il l'empoigna et, essuyant un mince filet laiteux sur sa bouche enragée, décida d'aller expier les péchés de son enfant.

Et puis le calme. Des jours de ténèbres, de langueur où le temps eut l'air de s'arrêter. Nous retenions notre souffle dans l'impétueuse attente d'un jugement. La soif de justice égalait celle du sang alors que nous priions pour une condamnation, le cœur tourné vers nos enfants et vers des pulsions de vengeance enfouies loin, là où Lyle Potts n'aurait pu aller creuser.

La foudre tomba sur Lyle Potts un vendredi après-midi. Immédiatement la place publique fut envahie par une horde pieuse et cruelle. Lyle Potts l'hérétique, rendu relaps par les circonstances : déroulez-lui le tapis noir, qu'il le souille de ses pieds trop petits... Potts se fraya un chemin au travers de la foule houleuse et s'avança vers cette potence faite sur mesure pour les corps négligeables (on avait si rarement pendu des enfants qu'il avait bien fallu en construire une nouvelle...)

Chahuté par son cortège de cris et de damnations, Potts fut poussé vers son destin les mains liées. Devant l'instrument du bourreau, il refusa le sort qu'on lui réservait : « Ma dernière volonté ! C'est un de ces droits que ni le fanatisme ni le temps ne pourront m'enlever. Je veux être mis sur la corde raide des grands. Jamais, Oxford, je ne trépasserai comme un diminué, un idiot. Qu'on m'amène la vraie potence ! »

Ce qui fut fait. Tous salivèrent lorsque les tresses de la corde étouffèrent la gorge du bijoutier. Ses yeux exorbités, ahuris par la foule qui les voulait voir s'éteindre, laissaient entrevoir un certain apaisement, comme une bienvenue panacée après la douleur. Lyle Potts, l'homme qui avait toujours été perçu comme un enfant, mourait ce jour-là devant les autres... comme un homme.

La masse humaine s'éloigna, satisfaite et assouvie. Lyle Potts, à en jurer, l'était également.

Inspiré de la chanson Mr. Plum de R. Shepard

Séminaire VIH/sida, politiques et droit

Pauvres, opprimées et... séropositives

Richard P. Henri

A l'analyse des dernières données sur la progression du sida, on constate que les groupes de la population qui semblaient être épargnés dans les années 80, l'Asie et les femmes, ne le sont plus. Lors du dernier des « Séminaires VIH/sida, politiques et droit » organisé par le Réseau juridique canadien VIH/sida, la conférencière Dr. Catherine Hankins a exposé la situation des femmes infectées et affectées par le VIH/sida dans les pays en voie de développement. Son argument principal : la lutte contre le sida doit passer par une amélioration du statut de la femme.

Sept millions de femmes vivent avec le virus du sida : 1 million ont été infectées en 1995 ; en l'an 2000, 13 millions d'entre elles auront été infectées et 4 millions en seront mortes. Dans certains pays, l'espérance de vie des femmes connaît d'importants reculs à cause de la pandémie du sida... Les femmes ne sont plus à l'abri du VIH/sida comme elles semblaient l'être dans le passé.

Dans sa présentation intitulée *Les Droits de la personne, les femmes et le sida*, Dr. Hankins, médecin-épidémiologiste, décrit l'environnement déplorable dans lequel vivent les femmes des régions durement touchées par le sida dont l'Afrique subsaharienne et l'Asie.

Subordination sexuelle et économique

Dans les pays en voie de développement, la culture, les traditions, l'éducation et l'état de l'économie perpétuent des valeurs préjudiciables au développement et à la santé des femmes. Dr. Hankins explique que « les femmes sont vulnérables au VIH à cause de leur subordination sexuelle et économique. ». Comme le concluait une rencontre sur l'impact du sida chez les femmes africaines, « les influences inculquées depuis l'enfance [et certaines lois] prédisposent les femmes à s'incliner devant leurs partenaires masculins. ». Même quand elles savent leur mari infidèle, les épouses n'ont pas toujours le loisir de refuser les relations sexuelles, une situation qui favorise la transmission du virus.

Par ailleurs, les femmes dans les pays en voie de développement sont défavorisées sur le marché

du travail. Les opportunités d'emploi sont minces, les postes salariés leur sont rarement offerts. Elles sont discriminées à un point tel que pour subsister elle doivent souvent recourir à des occupations alternatives dont le sexe commercial (la prostitution) ou le troc sexuel. Pourtant, « ces stratégies de survie sont devenues des stratégies mortelles, prévient Dr. Hankins, car les prostituées accordent des services sexuels dans des contextes sociaux propices à la transmission du VIH. ».

Un peu partout dans le monde, en effet, des femmes sont chaque jour confrontées à un grave dilemme : la maladie ou la survie de leur famille. Cette situation ne peut toutefois durer car le sida progresse et la stigmatisation d'une catégorie de la population ne fait que contribuer au problème.

Des solutions par et pour les femmes

Déplorant les « stratégies d'intervention et de recherche destinées à protéger les hommes des femmes au lieu d'encourager les femmes à se protéger elles-mêmes », la conférencière propose que les femmes soient impliquées dans le processus qui mènera à une solution. À court terme, elle souhaite des méthodes de prévention clandestines, contrôlées par les femmes et ne requérant pas la complicité ou l'accord de l'homme. Les condoms, quand ils sont disponibles et accessibles, sont efficaces mais dépendent entièrement de la volonté du partenaire masculin.

D'après Dr. Hankins, « les solutions à long terme résident dans l'empowerment des femmes » et dans l'occasion qu'elles auront de s'éduquer. « Investir dans l'éducation des femmes est non seulement désirable en soi, poursuit-elle, mais c'est la clé pour réduire la transmission du VIH et augmenter la productivité et la croissance de l'économie des pays en voie de développement. ».

De même, certaines lois —sur la propriété, l'héritage, les emprunts ou le crédit, le mariage ou le divorce— devront être modifiées afin que les femmes aient des chances égales à celles des hommes d'améliorer leur condition économique.

De fait, la lutte contre le sida nécessite inévitablement une stratégie d'intervention globale, tenant compte du statut de la femme, du respect des droits de la personne et du développement économique. L'organisation des Nations Unies (ONU) reconnaît que le statut inférieur de la femme, la discrimination et la pauvreté favorisent la progression du sida. En créant l'ONUSIDA, commandité par six organisations onusiennes —dont l'organisation mondiale de la santé ; l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ; la Banque Mondiale— l'ONU prône donc une « réponse élargie » au problème.

Les organismes canadiens semblent également adhérer à cette vision élargie des problèmes de santé et du développement. Le

programme canadien d'Aide publique au développement soutient que « les femmes doivent participer pleinement et en toute égalité au développement. » et la Société canadienne de santé internationale (SCSI) affirme la priorité à accorder aux femmes dans tout processus de développement. Selon la SCSI, « la participation des femmes et l'attention portée à leurs besoins de santé constituent une composante essentielle de la santé dans le développement. » Face à de tels facteurs, les intervenants internationaux semblent prêts à ajuster le tir de manière à atteindre plusieurs cibles.

« Nous devons engager des décideurs aux niveaux local, national et international si nous voulons mitiger l'impact du VIH chez les femmes dans les pays en voie de développement », résume

Dr. Hankins. Certes, mais quand on sait que la majorité des décideurs sont des hommes, que les traditions locales sont millénaires, que les infrastructures nationales sont insuffisantes, que les organismes internationaux qui mènent la lutte contre sida sont financés par ceux qui imposent des ajustements structurels défavorables au développement des pays pauvres, on espère que tout le monde vise le même objectif : combattre une maladie qui, elle, ne discrimine pas.

Le prochain séminaire VIH/sida, politiques et droit du Réseau juridique canadien VIH/sida : « Gay & Lesbian legal issues : the impact of discrimination on the spread of the HIV ». Information : 526-1796

Le programme PSSAU

Information et sensibilisation pour les autochtones urbains

Guillaume Perreault

Le SIDA est un fléau qui ne cesse de faire de nouvelles victimes, tout le monde le sait. Ainsi, plusieurs centres communautaires offrent des services d'information et de support. Les groupes autochtones ne manquent pas à cet appel.

Le Projet de Sensibilisation au SIDA pour autochtones urbains (PSSAU), administré par le Centre d'amitié autochtone de Montréal, se charge d'informer la communauté autochtone de Montréal sur le SIDA. Le programme offre également de l'information sur les moyens de prévention du SIDA et les pratiques sexuelles sécuritaires. Enfin, il sensibilise la communauté sur ce que signifie, d'un point de vue social et médical, le fait de contracter la maladie.

Ayant vu le jour suite à une conférence autochtone provinciale sur la sensibilisation au SIDA, qui s'est tenue en 1990, le PSSAU est actif depuis déjà 3 ans. Dans la région de Montréal, le Centre d'amitié autochtone touchant déjà la

communauté homosexuelle, ainsi des groupes à risque qui utilisent des seringues, cette conférence fut l'occasion de constater que « la communauté sentait que le SIDA était une maladie urbaine, et n'arriverait jamais jusqu'à eux », explique Mme LaBillois-Montour, directrice exécutive du département social et culturel du Centre d'amitié autochtone de Montréal. L'idée est donc venue de sensibiliser cette population immédiate, et l'aider à développer un style de vie qui tient compte des risques et de la réalité du SIDA.

Le PSSAU, tout comme le Centre d'amitié, est actif d'abord et avant tout dans la région métropolitaine. Néanmoins, son travail implique une collaboration importante avec les communautés autochtones hors de Montréal, aussi bien qu'avec celles du continent nord-américain en général. « Nous sommes en contact avec toutes les Premières Nations, précise Mme LaBillois-Montour. Nous nous devons de travailler avec ces

communautés : ce sont leurs membres qui viennent après dans les villes. »

Outre le PSSAU, le Centre d'amitié autochtone de Montréal offre à la communauté autochtone plus de 55 programmes et services. Au sens large, le Centre se veut une agence de développement communautaire. C'est d'ailleurs là que se dérouleront, le 15 mars prochain, plusieurs activités organisées par le PSSAU. Ces activités visent à sensibiliser spécifiquement les jeunes autochtones de 15 à 24 ans. Au programme : ateliers et conférences, ainsi qu'une danse plus tard dans la soirée.

Le Projet de sensibilisation au SIDA pour autochtones urbains (PSSAU), au Centre d'amitié autochtone de Montréal : 2001, boul. St-Laurent, Montréal H2X 2T3. Tél. : 499-1854. Courrier électronique : qaana@odyssee.net

Le PSSAU publie un bulletin bimensuel gratuit, disponible au Centre.

Cactus

Qui s'y frotte s'y pique sans se faire du mal

Loïc Bernard

Le fléau se fait de plus en plus présent. Le SIDA fait rage dans les milieux urbains. Le nombre de séropositifs rapportés chaque année ne cesse d'augmenter. À Montréal seulement, entre 700 et 1 000 nouveaux cas de personnes séropositives ont été recensés en 1995. Selon la Direction de la santé publique, la moitié d'entre eux sont des utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI). Il ne reste

que peu d'espoir. Le Cactus...?

C'est face à une telle épidémie et au piètre succès des politiques visant à freiner la consommation de drogues intraveineuses que le Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues (Cactus) a émergé. Suite à l'initiative des départements de santé de certains hôpitaux dont le St-Luc et l'hôpital Général de Montréal, le Cactus œuvre depuis 1989 dans le centre-

ville de Montréal. Il permet aux utilisateurs et utilisatrices de drogues intraveineuses d'échanger leurs seringues usagées contre des seringues neuves. Le Cactus cherche également à sensibiliser les UDI aux risques associés aux abus de drogues. « Le but n'est donc plus d'arrêter la consommation, mais plutôt d'arrêter l'hémorragie du SIDA chez les hétérosexuels » explique Patrick Langlois, technicien en assistance sociale au Cactus.

Ouvert de 21h à 4h, Cactus offre aussi, gratuitement, des condoms et sert de centre d'écoute afin de conseiller, guider et aider les UDI, les sans-abris, les travailleuses et travailleurs de rue. Une infirmière et au moins un travailleur ou travailleuse sociale sont disponibles en permanence. Le personnel qualifié de Cactus est en effet « le seul véritable contact que les toxicomanes ont avec la réalité » ajoute M. Langlois. « Cactus encadre sa clientèle. Il s'agit

probablement de l'institution la plus adéquate à l'écoute des UDI. Ces derniers craignent les milieux médicaux qui les voient en retour trop souvent comme un groupe marginal » poursuit-il. Cactus semble donc indispensable pour les plus démunis qui n'ont normalement pas accès à toutes les méthodes de prévention contre le virus, et encore moins les moyens financiers pour se protéger. Les services gratuits offerts seraient-ils la solution à une propagation des plus rapides du SIDA chez les UDI en cette fin de siècle ?

Cactus est le premier centre d'échanges de seringues au Canada mais il est impossible de savoir à quel point il s'avère réellement efficace. À ceux et celles qui croient que l'échange de seringues risque d'agrandir le nombre d'UDI, il demeure un outil majeur pour freiner la propagation du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH). De fait le Cactus offre, non seulement, des seringues neuves et propres mais il récupère également des seringues usagées, qui autrement traineraient dans les rues, prévenant ainsi l'utilisation de ces seringues par des tiers.

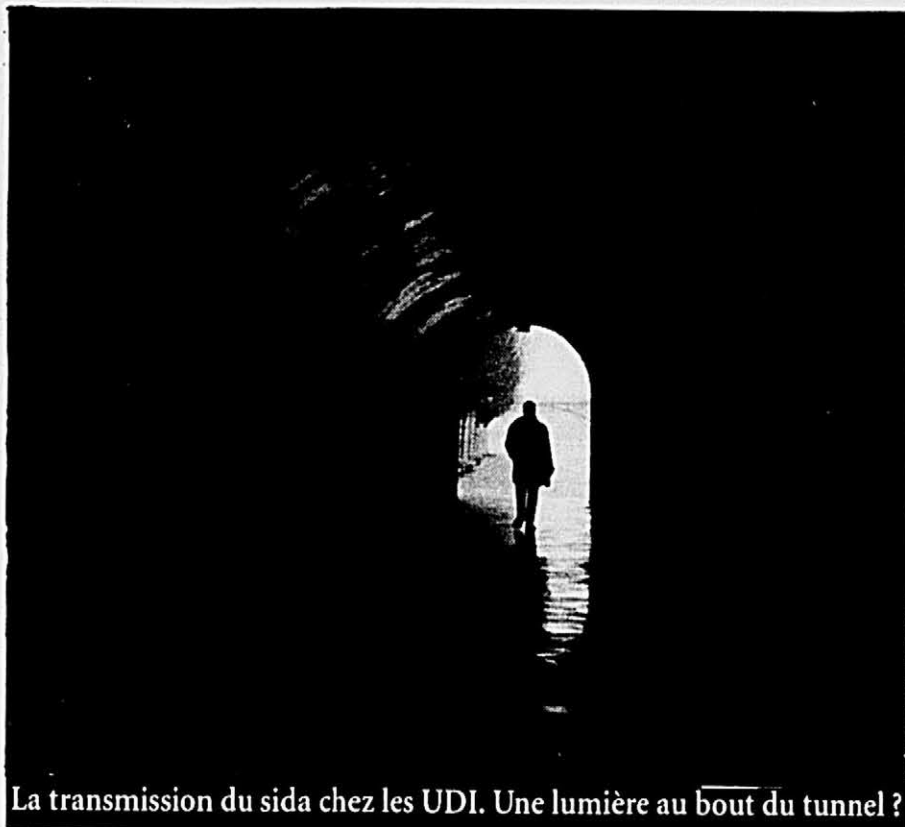
Patrick Langlois avoue cependant que la clientèle du Cactus a diminué ces dernières années, surtout depuis que les

quotas de dons de seringues ont baissé. Cactus a en effet, distribué quelque 400 000 seringues l'année dernière, alors qu'il s'attendait à en offrir près de 3 millions.

Ces chiffres pourraient diminuer encore davantage si le projet de loi C-7 entre en vigueur, suite à une ratification du Sénat. Ce projet de loi propose non seulement d'être plus sévère quant aux amendes pour possession de drogues mais aussi d'interdire la possession sur soi de seringues usagées. Ainsi, les UDI ne seraient plus disposés dans un tel cas à venir échanger leurs seringues usagées et risquent de se sentir obligés de partager la même seringue; et ce, à plusieurs reprises. Ce projet de loi semble en contradiction complète avec les politiques précédentes des gouvernements fédéral et provincial. En effet, ces deux gouvernements avaient eux-mêmes subventionné les opérations de centres comme Cactus pendant leurs premières années d'opération.

La problématique reste entière. En attendant qu'elle soit résolue, Cactus continue d'essayer de freiner la transmission de plus en plus rapide du sida chez les UDI, en particulier chez les plus démunis.

Cactus Montréal : 1250 rue Sanguinet. Tél : 847-0067



La transmission du sida chez les UDI. Une lumière au bout du tunnel ?

Recherche Sida

La Lutte des lymphocytes T8 contre les obstacles financiers

Jean-Sebastien Jette

Depuis l'identification du virus d'immunodéficience humaine (VIH) en 1983 comme cause de la maladie maintenant connue sous le nom de SIDA, ce dernier n'a cessé d'être abondamment étudié par la science médicale. Une nouvelle thérapie contre cette maladie mortelle, le GSPH-1, a d'ailleurs été développée par un groupe de chercheurs québécois. Depuis 1990, des résultats surprenants ont démontré l'efficacité de ce remède. Les problèmes de financement pour poursuivre la recherche jettent toutefois une ombre sur le futur de ce remède, sinon prometteur, dans cette lutte microbiologique.

L'aventure anti-virale a débuté en 1986 lorsque le Dr. Guy Poirier et une équipe de chercheurs ont conçu le GSPH-1, un sirop naturel à base d'extraits végétaux. Assisté du pharmacologue M. Ben Amar, du microbiologiste M. Morisset et de l'épidémiologiste M. Ghadirian, le Dr. Poirier a donc effectué des études en laboratoire et chez quelques 20 personnes

atteintes du SIDA. Ces études ont démontré les propriétés anti-virales du GSPH-1 comme permettant la neutralisation du virus et renforçant le système immunitaire des groupes de patients infectés.

Le fonctionnement de ce produit est relativement simple et semble comporter plusieurs avantages. L'implication marquée des globules blancs - et surtout d'une sous-classe nommée les lymphocytes T8 - est particulièrement importante pour combattre la maladie, tout particulièrement le SIDA. En haussant la concentration de ces cellules, on favorise la restabilisation du système immunitaire tout en augmentant les chances de survie des patients séropositifs. Une concentration anormalement élevée de T8 naturellement présents dans l'organisme a déjà été observée chez des personnes infectées par le VIH qui n'ont jamais développé la maladie.

Contrairement à l'AZT qui est le médicament anti-VIH le plus prescrit et cause de nombreux effets secondaires, le GSPH-1 semble, à la lumière des résultats

préliminaires, plus efficace tout en étant non-toxique. « Le GSPH-1 stimule les lymphocytes T8 de façon significative et soutenue dans le temps, ce qu'aucun autre médicament n'a réussi à faire jusqu'à présent », explique M. Ben Amar. De plus, après 3 ans d'administration à des personnes infectées, le GSPH-1 ne montre aucun signe d'effet secondaires comparé à l'AZT qui provoque de nombreux désordres de santé. À première vue, la force des T8 combinés au sirop naturel semble donc supérieure à ses rivaux chimiques.

Malgré la présentation du GSPH-1 à quatre congrès scientifiques majeurs, la reconnaissance officielle de cette découverte et les aides financières tardent à venir. Les gouvernements étant sur-endettés et influencés par l'establishment pharmaceutique, la poursuite de la recherche sur le GSPH-1 doit maintenant être soutenue par le secteur privé. Selon M. Ben Amar, en observant les profits faramineux entrant dans les coffres des multinationales pharmaceutiques ayant conclu des accords

pour lutter ensemble contre la terrible maladie, on comprend pourquoi le produit québécois dérange. Les coûts mensuels de l'utilisation de l'AZT sont d'environ de 325 \$. Chaque compagnie voulant sa part, plusieurs médicaments dispendieux sont maintenant associés à l'AZT, permettant ainsi à chaque entreprise d'obtenir des dividendes grâce à cette entente...

Cette triste réalité où « l'argent mène le monde » explique précisément les problèmes financiers rencontrés par l'équipe du GSPH-1. Avec une source monétaire suffisante, la deuxième phase des études cliniques aurait pu être entreprise, pour ainsi supporter le bien-fondé du GSPH-1. L'équipe du Dr. Poirier ne se décourage pas et continue à chercher des bailleurs de fonds pour assurer la continuation de cette découverte scientifique.

« Pour l'avancement de la science et pour le bien-être de l'humanité, nous nous battons jusqu'au bout », ajoute M. Ben Amar.

Le quatuor québécois garde espoir puisque l'avenir de la recherche médicale mettra probablement l'accent sur les lymphocytes T8, qui sont essentiels pour combattre plusieurs maladies. Le cancer, le SIDA et d'autres infections pourront éventuellement être combattues et éliminées efficacement.

Sources: La Presse, The Gazette, Toronto Sun, documents de l'équipe du GSPH-1.

Tête chercheuse

Entrevue avec Dr. Mark A. Wainberg

Richard P. Henri

Dr. Wainberg est professeur de médecine et de microbiologie à l'Université McGill. Il est directeur du Centre sida McGill et du Laboratoire de recherche sur le sida à l'Institut Lady Davis de l'Hôpital général juif. Actuellement, il est président de l'association canadienne de la recherche sur le VIH.

Daily français : Dr. Wainberg, on entend moins parler de la recherche sur le sida ces jours-ci. Aucune grande étape n'a été franchie ? Où en est la recherche ?

Dr. Mark A. Wainberg : Évidemment, le sida reste un problème fort important pour le monde entier surtout pour les régions du monde où les médicaments que nous avons en Amérique du Nord ne sont pas disponibles parce qu'ils coûtent trop cher. Par exemple, personne au Tiers-Monde ne peut avoir accès à l'AZT, sauf les plus riches. Alors il est inacceptable que le sida devienne une maladie de deux catégories : une maladie des pays du Tiers-Monde pour laquelle on ne fait rien et une maladie des pays avancés qu'on essaie de guérir avec différents traitements. Mais pour commencer, c'est sûr qu'on a fait des progrès dans les pays riches. Il faut savoir marcher avant de pouvoir courir. Et dans ce sens-là, c'est peut-être nécessaire de progresser dans les pays avancés avant qu'on ne puisse trouver des moyens pour aider la population mondiale.

Au point de vue du développement, il y a des médicaments qui, sans nécessairement guérir la maladie, réussissent définitivement à prolonger la vie. L'un des médicaments qui fonctionne le mieux est le 3TC, identifié pour la première fois ici dans mon laboratoire en collaboration avec l'industrie pharmaceutique. Ce médicament est très efficace en combinaison avec d'autres médicaments comme l'AZT et, maintenant, avec un troisième médicament qui est inhibiteur d'un enzyme (la protéase). Combinés, ces trois médicaments me donnent vraiment, pour la première fois, un grand espoir pour l'avenir. Malheureusement ces médicaments coûtent extrêmement cher.

DF : Quel est exactement le rôle du Centre sida McGill dans l'ensemble ?

MW : Nous voulons effectuer, au maximum de nos possibilités, la meilleure recherche au monde dans le domaine du sida. Je peux vous assurer sans aucun doute que nos contributions au développement du 3TC ont déjà prolongé des vies. Très honnêtement, les contributions de l'Institut Lady Davis et du Centre sida de McGill ont aidé les gens à vivre plus longtemps qu'autrement et avec une meilleure qualité de vie. Alors je pense que pour McGill c'est une contribution dont nous pouvons être très fiers. C'est vraiment quelque chose de pouvoir dire que notre recherche a contribué à prolonger la vie des gens.

DF : Vous parlez de vaccin et de traitement. Est-ce que justement un laboratoire comme le Centre sida McGill peut concentrer ses recherches sur les deux aspects, le traitement et le vaccin ?

MW : En fait, je pense changer l'emphase du laboratoire. Nous avons déjà accompli quelque chose d'important au point de vue du traitement en participant au développement du 3TC. Mais ça coûte environ 10 000

dollars par année de traiter quelqu'un avec le 3TC. Même le gouvernement du Québec ne veut pas payer. Alors comment pouvons-nous espérer que les gouvernements de pays comme la Thaïlande, l'Ouganda ou le Mexique payent ? Évidemment, ça n'a pas de sens. Pour les pays où on ne parle pas de 10 000 personnes infectées mais en terme de millions, nous ne pouvons même pas commencer à discuter d'un accès à ces médicaments. Alors il faut développer d'autres moyens pour aider les gens.

DF : Comme la prévention ?

MW : La prévention, surtout. C'est toujours mieux de prévenir une maladie que de la guérir. On parle d'éducation, on parle d'utilisation des préservatifs. Toutefois, il faut reconnaître que dans plusieurs sociétés, les femmes ne peuvent pas nécessairement insister sur l'utilisation des préservatifs : les maris ou les amis refuseront parfois de porter le condom. Alors nous devons être raisonnables, réalistes et commencer à penser à des solutions autres que l'utilisation des préservatifs. Évidemment, nous pensons à un moyen de prévention comme le vaccin, qui a bien fonctionné contre la variole, la rougeole ou d'autres maladies infectieuses. Nous devons faire de même avec le sida. Je considère donc changer l'emphase du centre pour mieux concentrer nos recherches sur la prévention et le développement d'un vaccin.

DF : Pensez-vous que ce changement de cap mènera à une solution plus rapidement ? Peut-on supposer que le vaccin sera trouvé dans deux ans, trois ans ?

MW : L'idée du vaccin n'est pas nouvelle ; certains groupes y travaillent depuis dix ans. Alors si nous avons des idées valables, je m'intéresse peut-être à les tester et les développer. Le virus du sida est très intelligent. Alors nous, les chercheurs, nous devons être plus intelligents que le virus. On espère trouver un vaccin dans les deux, cinq, dix prochaines années. C'est difficile et je ne peux pas vous assurer que nous allons réussir mais nous nous devons de jouer un rôle.

DF : En quoi le virus est-il si « intelligent » ? Pourquoi est-il si difficile à cerner, à vaincre ?

MW : Parce qu'il est en constante mutation. Il réussit à y échapper aux réponses immunitaires du corps. Il ne demeure jamais stable, il change sa nature, son profil antigénique et ce, de façon à pouvoir déjouer le système immunitaire. Les anticorps qui sont développés pour combattre l'infection par exemple seront peut-être efficaces aujourd'hui, mais le virus chez l'individu changera dans six mois et les anticorps pro-

duits aujourd'hui ne seront plus efficaces alors. Et c'est la même chose pour les médicaments que nous utilisons. Le virus trouve des moyens d'y échapper.

DF : Le virus mute. Mais au départ, y a-t-il différentes versions du VIH ?

MW : Il y a des évidences que les virus qui se trouvent par exemple dans les pays asiatiques se ressemblent beaucoup et que ces virus sont distincts des virus qui se trouvent en Amérique du Nord. Et il y a également des variations si on considère séparément les virus en Amérique du Nord ou les virus en Asie. C'est une équation très complexe.

DF : En général, les laboratoires à travers le monde collaborent ou sont en compétition ?

MW : Il y a habituellement beaucoup de collaboration, mais il y a également de la compétition. Par exemple, il existe au minimum dix différents moyens envisageables pour développer un vaccin. Alors si moi j'ai une idée, j'espère qu'elle sera validée et qu'elle sera assez originale. Si mon idée est identique à celles de mes collègues, je n'aurai



Dr. Mark Wainberg, directeur du Centre sida McGill

jamais de subventions pour poursuivre mes recherches. Les gens diront que c'est simplement une duplication. Donc, je dois développer une certaine originalité. Ceci représente effectivement une forme de compétition. Dans ce sens-là, tous les chercheurs sont en compétition les uns avec les autres. Mais en revanche, il faut souligner l'existence d'un esprit de collaboration entre les différents chercheurs. Si vous regardez nos articles par exemple, vous constaterez facilement la collaboration étroite avec d'autres laboratoires, de France, des États-Unis et du Canada.

DF : Vous parlez de subventions. Est-ce le seul moyen de financement pour les recherches ?

MW : Oui, nous sommes entièrement dé-

pendants des gouvernements. La contribution des particuliers est minimale pour la recherche sur le sida. Les Canadiens ne se sentent pas concernés par le sida. Ils donnent certes pour la recherche contre le cancer ou l'Alzheimer, mais en général, au Canada, les gens ne s'identifient pas à la maladie.

DF : Comment avez-vous commencé à travailler dans la recherche sur le sida ?

MW : J'ai eu l'opportunité au début des années 80 de travailler dans le laboratoire du Dr. Gallo. De plus, le Dr. Montagné est un ami personnel. Ces deux chercheurs m'ont fourni tous les réactifs et les produits nécessaires pour que je puisse commencer la recherche au Canada en 1983. J'ai été le premier au Canada à entamer des recherches sur le sida. Et on peut dire que treize ans plus tard, le laboratoire de McGill est devenu un leader mondial dans la recherche contre le sida et devrait être considéré comme le Harvard en la matière. La recherche qu'on mène à McGill est très bonne. Pareil pour l'Université de Montréal. Et la collaboration entre ces deux universités est importante. En fait, Montréal est devenue au fil des ans une ville capitale dans le monde au point de vue de la recherche, et définitivement « LA » capitale canadienne dans le domaine.

DF : Croyez-vous possible que la solution pour le sida se trouve dans la nature, dans les produits naturels plutôt que les produits chimiques ?

MW : Sincèrement, je ne crois pas que l'on puisse trouver un traitement naturel au problème du sida. Toutefois, certains indices nous montrent que des extraits de plantes peuvent être développés pour fonctionner comme spermicide ou microbicide réduisant la charge virale dans la cavité vaginale. Mais, définitivement, je suis convaincu qu'on trouvera la solution en cherchant comme on le fait actuellement du côté synthétique et chimique plutôt que naturel.

DF : Il y a plusieurs théories sur l'origine du virus du sida. À laquelle souscrivez-vous ?

MW : En fait, deux théories sont retenues par les experts. Pour ma part, je crois que le sida est né, dans les dernières cinquante années, d'une transmission de l'animal à l'homme. En effet, on sait que certains animaux comme le chimpanzé peuvent supporter le virus sans devenir malade. Le virus est peut-être passé d'un chimpanzé à l'homme. Par quel moyen, on n'en est pas sûr. Dans certains pays, des variétés de singes sont consommées... C'est la théorie la plus acceptée à travers le monde.

DF : Croyez-vous possible que, après le sida, l'humanité se retrouve face à un virus ou une maladie encore plus complexe ?

MW : Nous avons appris une chose importante avec l'arrivée du sida. C'est que nous ne pouvons prédire l'avenir. Il y a quelques années, on pensait que plus aucun virus ne pourrait déjouer la médecine, que l'humanité était à l'abri des virus. Et on a eu le sida... En réalité, il est fort pensable qu'un autre virus apparaisse, qui causera une épidémie, une pandémie préjudiciable à l'humanité.

Quoi de neuf, docteur ?

Magali Boisier

A l'heure où la sécurité sociale est sens dessus dessous, à l'époque où l'on tire les malades au sort avant de leur administrer un traitement, où les médecins eux-mêmes remettent le secret médical en question, on pourrait s'attendre à ce que le public prenne en grippe tout ce qui se rapporte à la santé.

Eh bien non, pas du tout! Il semblerait plutôt que l'on ne s'y soit jamais autant intéressé. Il n'y a qu'à regarder! Au cinéma par exemple! C'est un véritable déferlement d'épidémies qui s'est abattu dernièrement sur le grand écran. Des épidémies, des maladies à tort et à travers, on en trouve aujourd'hui à ne plus savoir qu'en faire. À tel point que l'Amérique toute entière a été prise de panique quand le film *L'Épidémie* creva soudainement l'écran.

Les producteurs de cinéma semblent d'ailleurs prendre un malin plaisir à faire revivre les spectres effrayants de mystérieuses maladies. Ne compte-t-on pas parmi les dernières nouveautés dans la catégorie des films français une épidémie de choléra dans *Le Hussard sur le Toit* et pour les anglophones *Restoration* qui nous livrent de réjouissantes scènes d'auscultation à cœur ouvert et de baveux cadavres qui annoncent au fond de leurs orbites globuleux qu'ils ont succombé à la peste?

La télévision direz-vous? Mais réfléchissez, regardez! Chaque chaîne a ses blouses blanches, ses perfusions ou ses accidents. Bien sûr, on ne saurait commencer la liste sans citer *ER*, série révélant sans scrupules que nos médecins sont des hommes bien comme les autres avec leurs petites et leurs frayeurs! Mais l'énumération ne s'arrête pas là. Même les séries policières ont maintenant leurs laboratoires d'analyses, leurs déviants mentaux ou leurs psychologues. Qui n'a pas vu dernièrement à la télévision un lit d'hôpital, et pas seulement dans les « soap operas », un homme atteint d'une maladie grave ou un psychiatre? Zappez un coup, et voilà qu'un fou dangereux sera recherché par la police locale, un deuxième coup, ah, la chaîne animalière... apprendra à son public inquiet les précautions à prendre avec les animaux domestiques afin de ne pas contracter des maladies transmissibles. Le corps et l'esprit enfin réunis, oui, mais pour le pire! Maladies mentales, corps endommagés ou meurtris, on en viendrait presque à se demander quoi du sexe ou de la santé tient le haut du pavé!

Même les bandes dessinées ont été contaminées par cet étrange phénomène. Citons en passant le second épisode de *XIII* qui se déroule en grande partie dans un asile psychiatrique. Bref, qu'on les lise ou qu'on les regarde, les médias semblent montrer une certaine prédilection pour les questions touchant aux problèmes de santé. Doit-on considérer cela comme une nouvelle tendance, une mode de nos années 80-90 où le stress du monde extérieur se reflète dans des comportements anormaux ou dans de grandes préoccupations sur nos conditions physiques ou mentales?

Le théâtre antique

S'il est un peu difficile de compiler aujourd'hui des archives cinématographiques du Moyen Âge, il reste ce bon vieux théâtre, ancêtre de nos divertissements de masse, pour nous donner une indication sur ce que pensaient nos aïeux de leur santé!

À ses premiers balbutiements, le théâtre ne sembla pas s'intéresser aux petits maux de tous les jours de ses contemporains. En fait, ni médecins ni onguents n'apparaissent sur scène et les questions envisagées sont tout aussi philosophiques que la condition corporelle secondaire. On trouve bien quelques épidémies comme dans la tragédie d'*Épide Roi* de Sophocle, avec de brûlantes descriptions des tourments physiques. Toutefois les préoccupations des dramaturges antiques se trouvaient plutôt dans les cieux. L'Histoire et la mythologie, la philosophie et la poésie ne laissaient que peu de place au domaine de la santé dans le théâtre antique. Ce que le public recherchait, surtout dans la représentation de la tragédie, c'était un moyen d'exorciser ses craintes; c'était la solution aux problèmes, aux conflits et aux rapports de force qui pouvaient exister dans la Cité. Le théâtre, c'était surtout une réflexion sur la nature humaine, sur sa destinée et sur la puissance des Dieux.

Le Théâtre au Moyen-Âge

Il faut attendre le Moyen Âge pour que le théâtre, tel qu'on le connaît aujourd'hui, sorte de l'ombre où il était relégué et remonte sur les planches. Il accomplit un long chemin jusqu'aux créations avant-gardistes et provocatrices du théâtre de notre siècle, mais il n'oublia jamais de représenter ce que les pièces antiques n'avaient pas estimé essentiel: le corps et ses vices, ses souffrances, son pouvoir et sa déchéance. Le théâtre du XIV et XVe siècle est visuel, populaire, proche de son temps. Voilà que ses

pièces représentent sur scène des ivrognes aux ventres distendus, des bossus au dos tordus. On n'hésite plus à représenter l'état physique de la société et à se moquer de ses faiblesses. Par exemple, le vénérable pycien qui consulte les urines pour donner un diagnostic est montré comme une figure respectueuse et dont on se moque cependant. Les dramaturges sont en effet

de vérités au travers du rire et de la dérision, mais aussi parce qu'elle est une réalité présente et préoccupante. On ne sait pas quoi faire de ces hommes et femmes ensorcelés, possédés qui, malgré tout, disent peut-être la vérité. Fou ou malade, un état dans lequel il valait mieux ne pas se trouver en ces temps-là! En tous cas, une chose reste sûre, au Moyen Âge, le corps et ses médecins

gnés ou les bains d'eau chaude?

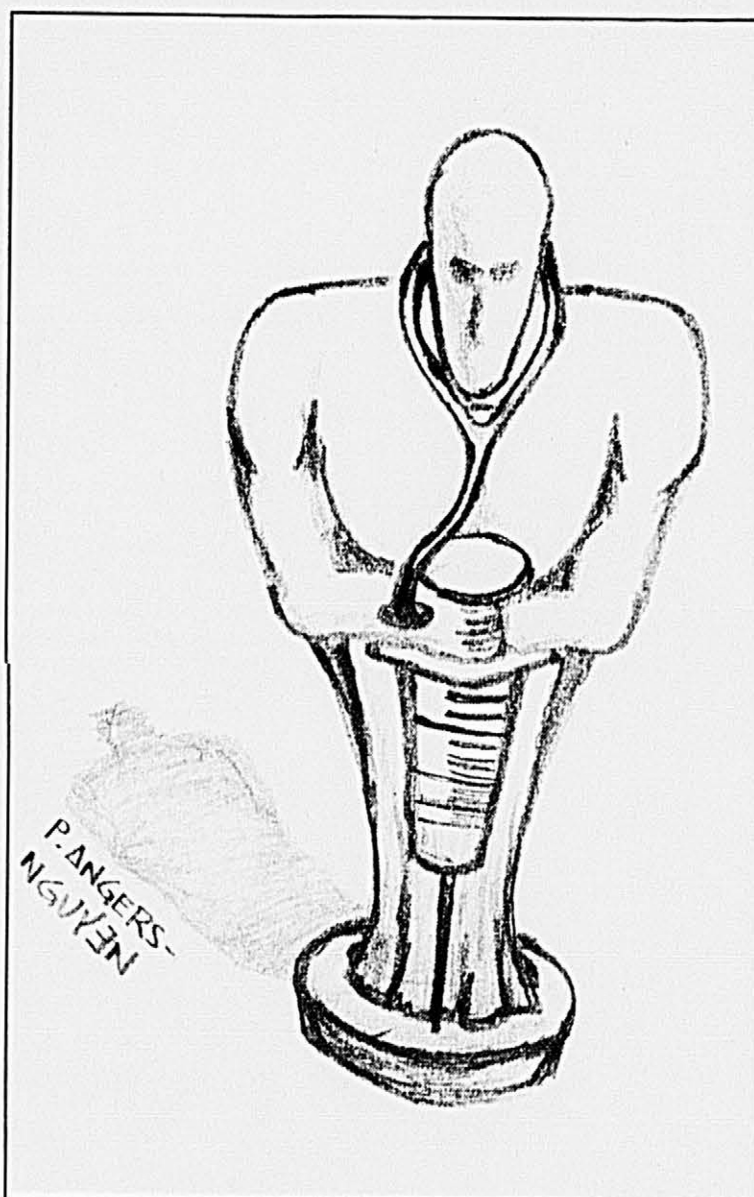
Ces remèdes de grand-mères étaient alors couramment utilisés. Racine, pour sa part, s'intéressait davantage aux répercussions physiques de sentiments tels la jalousie, l'amour ou la haine. Il n'était cependant pas pionnier dans le domaine, puisque les auteurs des siècles passés avaient également éprouvé un grand intérêt à détailler les moindres bouleversements physiologiques de leurs personnages, mais il s'avéra particulièrement habile en la matière. Un domaine ne sembla pourtant pas intéresser outre mesure la littérature classique: celui des troubles mentaux. On compte peu de fous dans les pièces de théâtre de cette époque. Ils sont bouffons serviteurs; ils bouleversent la situation ou critiquent mais ils ne sont pas dérangés.

De ce rapide condensé ressort l'image de sociétés malades exprimant par le biais de l'art leurs maux et leurs plaintes. Au cours des siècles, deux thèmes restent constants. Les médecins sont redoutés pour leur incompetence et leur pouvoir; les malades existent et l'on n'hésite pas à s'en moquer pour exorciser la maladie.

De nos jours...

Pour ce qui est du théâtre du XXe siècle, la tendance est tout autre. Le doute et l'absurdité que génèrent les périodes de guerre, l'inquiétude et la prise de conscience de l'aliénation de l'homme face à lui-même et face au destin apparaissent comme des thèmes récurrents dans le théâtre de ce siècle. Les dramaturges ont cherché à exprimer leurs réflexions, leurs préoccupations dans une désintégration du corps et de l'esprit. Beckett, dans *En Attendant Godot*, présente un personnage dont le corps est une poubelle. Au vingtième siècle, l'homme ne s'inquiète plus autant de la santé de son corps que de celle de son esprit. Les psychiatres et leurs patients font leur apparition dans le décor théâtral. Réalité contemporaine sur lesquelles auteurs et public s'interrogent de concert, le psychiatre a le même statut et rôle au sein de la pièce d'aujourd'hui que le physicien au Moyen Âge ou le médecin au XVIIe siècle. Aujourd'hui les maladies ont toutes des vaccins, ou presque; les troubles mentaux restent eux toujours un mystère.

La santé dans le théâtre, c'est l'expression des préoccupations profondes d'auteurs portés-parole de leur époque, c'est le réflexion d'un monde changeant qui s'est malgré tout dès le départ inquiété de ses faiblesses et des moyens de les soigner.



conscients du pouvoir souvent usurpé de la plupart de ces charlatans qu'ils accusent d'assassins! Si le corps médical est ridiculisé, le corps l'est peut-être encore davantage.

Il suffit de lire quelques-unes de ces remarquables œuvres pour savoir combien il était alors difficile d'avoir des yeux et des dents sains, ou encore de ne pas être condamné à mort pour cause d'incompétence médicale. Les auteurs du Moyen Âge étaient inspirés par un monde où la santé était un fardeau lourd à porter.

Nombre de pièces comportent aussi le personnage du fou dont l'attribut principal, à l'exception d'un comportement irrationnel, était une vessie de porc plein de pois, symbolique de la confusion de son esprit. La place du fou dans le théâtre médiéval est très importante, parce qu'elle permet l'énonciation

sont au centre des préoccupations et des représentations.

L'ère classique

Et ceci ne changea pas à l'ère classique. Rappelez-vous durant vos années d'étude... les fameuses pièces de Molière comme *Le Malade Imaginaire* et *Le Médecin malgré Lui*. L'image des médecins n'est pas glorieuse à cette époque non plus, où leur ignorance et leur cupidité semblaient ressenties avec force dans la communauté artistique! Pourtant, en parcourant ces pièces, on trouve de précieux renseignements sur les secrets de traitements employés à l'époque de Louis XIV. Les maux dont souffraient nos pauvres ancêtres semblaient être devenus si oppressants qu'ils transparaissaient souvent dans le jeu des comédiens: l'un avait mal à la rate et l'autre souffrait de violents maux de tête. Alors, préférez-vous les sai-

Fermeture de la morgue à l'UdeM

Coupures dans les cadavres

Louis-Philippe Corbell-Girard

Pour des raisons budgétaires, la morgue de l'Université de Montréal a définitivement fermé ses portes, une décision controversée dans l'ensemble du milieu universitaire. Déjà, plusieurs solutions ont été mises sur la table mais elles soulèvent de nouvelles interrogations...

La fermeture de la morgue a suscité la désapprobation de plusieurs Départements, dont celui d'anatomie. Quelques médecins cliniciens se seraient également joints à leur grief. Des pétitions ont circulé pour sauver la morgue du trépas, mais en vain.

Cette décision amènera vraisemblablement des changements majeurs dans l'apprentissage de l'anatomie. Pour pallier l'absence de corps, on utilisera des films et autres matériaux audiovisuels (radiographies, etc.). Des séances de travaux pratiques pourraient également être mises en place afin d'étudier le squelette humain. Enfin, les étudiants pourraient assister dans les hôpitaux à des séances d'autopsies.

L'usage de logiciels informatiques viendra remplacer les séances de dissections. Ces simulations ont l'avantage d'être peu coûteuses et de pouvoir être réutilisées fréquemment... chose évidemment impossible avec les spé-

cimens de la morgue.

Toutefois, l'absence de dissections pose un grave problème. Certains se demandent s'ils

seront prêts lorsque viendra le moment de pratiquer des interventions chirurgicales. Une question vitale pour eux comme pour

leurs futurs patients.

« Je ne sais toujours pas si je suis capable de couper un bout de chair. Avant, ceux qui débutaient avaient la chance de savoir s'ils étaient capables mais maintenant, on va le savoir beaucoup plus tard », explique Agnès Rakel, étudiante de premier cycle. « D'ailleurs, ça rend l'anatomie beaucoup plus difficile à apprendre. Tout n'est qu'en deux dimensions, c'est difficile d'imaginer comment c'est en trois dimensions ou à quoi ressemble vraiment tel ou tel muscle », poursuit-elle.

L'Université McGill est donc, depuis la fermeture de la morgue de l'UdeM, la seule université montréalaise à conserver ses « réfrigérateurs ». Il n'est pas improbable, selon certaines rumeurs, qu'il se donne bientôt un cours optionnel d'anatomie pour les étudiants et étudiantes de l'UdeM dans le campus de McGill.

Il a été impossible pour le *McGill Daily Français* de confirmer que l'UdeM pensait bel et bien proposer un tel accord. En outre, le Département d'anatomie de McGill dit ne pas avoir connaissance d'un tel projet.

Il est quand même curieux de constater qu'à l'heure où l'UdeM charcute ses budgets, qu'elle fait des coupures, les étudiants, eux, abandonnent le scalpel...



Activités

Dans le cadre de la semaine internationale des femmes, la maison Thomson présente deux films le mardi 5 mars : *A Vision in the Darkness* et *Kanehsatake : 270 years of Resistance*. À 19h30, à la maison Thomson : 3650, rue McTavish. Entrée gratuite

Soirée d'information sur comment trouver des perspectives d'emploi pour les femmes après l'obtention d'un diplôme universitaire, le mardi 5 mars. De 15h à 17h à la salle 302 du Shatner. Entrée gratuite

Ligne de piquetage devant l'organisation internationale de l'aviation civile (OIA) pour condamner la violation de l'espace aérien de Cuba, le mercredi 6 mars de 16h à 18h. Lieu : 1000, rue Sherbrooke ouest (coin McTavish, métro Peel)

Atelier auto-défense pour femmes le mercredi 6 mars. Une manifestation sera effectuée par le groupe ACTION. Apporter un oreiller et des vêtements confortables. De 16h à 19h à la salle de bal du Shatner. Inscription : appeler au 398-6823

Dans le cadre de la semaine internationale des femmes, la maison Thomson présente deux films le mercredi 6 mars : *Long Time Comin'* et *Forbidden Love*. À 19h30, à la maison Thomson : 3650, rue McTavish. Entrée gratuite

Soirée d'information donnée par AGEESM pour ceux et celles qui songent poursuivre leurs études et obtenir un diplôme de maîtrise ou de doctorat en science. Des étudiants et étudiantes en maîtrise et en doctorat seront disponibles pour répondre aux questions. Rafraîchissements sur place.

Soirée bénéfice le jeudi 7 mars à 19h donnée par l'Association Nationale des Femmes et le Droit, intitulée « Give Us Roses Too ». Chansons, lectures de poésie, danse et humour seront au menu. Au Jello Bar : 151, rue Ontario Est. Admission : 10\$

Le jeudi 7 mars à 19h à la maison Thomson : 3650, rue McTavish. Entrée gratuite

Pratique hebdomadaire de l'union des Débats de McGill le vendredi 8 mars à 17h30 à la salle 15 du Leacock. Entrée gratuite

Marche de solidarité le vendredi 8 mars à 19h30 au carré Berri (métro Berri, sortie Ste-Catherine). Discours et pétitions seront à l'honneur. Le tout sera suivi par une soirée au Medley : 1170, St-Denis (coin René-Lévesque). Billets : 2\$ ou contribution volontaire

Ô Santé Canada

Stéphane Lambert

En terme de dépenses et de personnel, la santé reste l'un des programmes étatiques les plus visibles. Au cours des cinquante dernières années, la croissance dans ce secteur fut remarquable, et en parti responsable de l'expansion de l'État lui-même. Le chapitre révèle en particulier un effort conscient de prise en charge publique d'une activité formellement considérée comme relevant du secteur privé.

Le système de soins de santé, mis en place après 1948 et opérant sur deux niveaux de gouvernement,

est devenu la seule source de soutien aux institutions de la santé, se substituant aux dons philanthropiques et à l'administration religieuse.

Toutefois, toutes interminables palabres s'intéressant aux mesures fiscales de l'État dans le domaine de la santé ne devrait pas seul se vouer à l'artillerie monétaire. L'État pose des préférences, des intérêts et encourage certains processus politiques. L'évidence revient au statut du « bénéficiaire ».

L'universalité des programmes sociaux et médicaux est réputée

pour encourager la solidarité politique des citoyens, aussi bien que leur volonté à soutenir les programmes publics.

Tout comme les catégories constitutionnelles, les programmes sociaux établissent des identités et des intérêts. Par exemple, dans les premiers temps de son mandat, le gouvernement Mulroney tenta de limiter l'indexation des paiements de pension de vieillesse, et fut vertement embouti par les colères des personnes âgées. Le « pouvoir gris » marcha sur Ottawa pour mieux dénoncer l'attaque sur ses

pensions mais la solidarité des barbons tenait subtilement aux programmes eux-mêmes.

Le système universel des pensions au cours de la dernière décennie avait créé un consensus dans la défense de ces programmes. Le concept même de « citoyen senior » prête sa genèse à une abondance de programmes gouvernementaux, de pensions aux allocations de logement, services sociaux, traitements fiscaux adaptés, etc.

L'État-providence représente plus qu'une question monétaire,

c'est une définition institutionnelle des relations et des identités entre les citoyens et l'État. Seulement ici l'État est le gouvernement fédéral, l'identité en jeu est l'identité supra-provinciale. Or le système de soins de santé représente la moëlle de l'ossature canadienne. En ce sens, les coupures ne sont pas simplement des coupures budgétaires, mais aspirent à une redéfinition de la matrice canadienne. Ne voudrait-on pas voir à Ottawa des vagues déferlantes de protestataires militer pour une réappropriation de l'identité nationale ?

ANNONCES CLASSÉES

Les annonces peuvent être placées par l'intermédiaire du bureau d'affaires du daily, local B-07 du Centre universitaire, avant 14h00, deux jours avant la publication. Les bureaux sont ouverts de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi. **Étudiant-es et employés de McGill** (avec carte): \$4.55 par jour, \$4.00 par jour pour 3 jours consécutifs et plus. **Grand Public:** \$5.70 par jour, \$4.25 par jour pour 3 jours consécutifs et plus. Des frais supplémentaires peuvent survenir. Les prix n'incluent pas les taxes de vente (TPS 7% et TVQ 6.5%). Pour de plus amples informations, venez en personne à notre bureau ou appelez au 398-6790. **VOUS NE POUVEZ PAS PLACER VOTRE ANNONCE PAR TÉLÉPHONE. VEUILLEZ VÉRIFIER VOTRE ANNONCE LORSQU'ELLE PARAITRA DANS LE JOURNAL.** Le Daily ne se tient pas responsable des erreurs ou des conséquences que pourraient entraîner ces erreurs. À votre demande, nous réimprimerons votre annonce si cette dernière était incorrecte par notre faute. Le Daily se réserve le droit de ne pas imprimer certaines annonces.

1-LOGEMENT

A louer 2^e rénové, 360pc meublé tout fourni, jardin, sous-sol cottage NDG entrée séparée, près bus et métro, 10mn centre-ville, \$360/m. 489-6491.

Stanley near Sherbrooke— Beautifully renovated - reasonable prices. Stove & fridge. 3 1/2 4 1/2 available. Reserve now (514) 849-3897 or (514) 288-6782.

2-DÉMÉNAGEMENT/ENTRPOSAGE

Moving/Storage. Closed van or truck local & long distance. Oti-Tor-Van-NY-Fla-7 days, 24 hours, low rates. Steve 735-8148.

3-AIDE DEMANDÉE

Children's camp in Laurentians requires registered nurse, nursing assistant, secretary, food service staff. Telephone 485-1135. Fax resume to 514-485-1124.

Camp Counselors Wanted Trimdown Fitness, coed camp located in the Catskill Mountains of NY. All sports, waterskiing, canoeing, ropes, lifeguards, crafts, dance, aerobics, nutrition, kitchen, office, 120 positions. Call Camp Shane. (800) 292-2267.

5-TRAITEMENT DE TEXTE/MISE EN PAGE

Success to all students. Word-Perfect 5.1. Term papers, resumés, applications, transcription of micro-cassettes. Editing of grammar. 27 yrs. experience. \$1.75/D.S.P. 7 days/week. Campus / Peel / Sherbrooke. Paulette / Roxanne 288-9638/288-0016.

McGill College/Sherbrooke quality word processing of term papers, theses, resumés, bilingual. Also diskette laser printing at 600 dpi. Ginette 848-0423.

Typing, comprehensive editing by experienced full-time editor. All subjects; theses, resumés, applications; indexing. Fast, reasonable, 7 days. Laser. HVM Editing 485-9275.

7-À VENDRE

Stat camera. Itek 540. Good condition, maintained by KBR Graphics. \$2500 or best offer. 398-6790 ask for Mark.

13-COURS/ÉDUCATION

Want to become a professional Music Artist? Come visit us at the Lasalle Music Academy. We offer a wide variety of lessons. Call today 363-6771.

14-Avis



McGILL NIGHTLINE
398-6246

McGill Nightline open 6pm-3am a confidential and anonymous line. We offer listening, referrals and information. Call at 398-6246 398-MAIN.

15-BÉNÉVOLES

Cherchons enfants 24-36 mois pour étude sur le bilinguisme. Doivent être exposés français & anglais. 2 visites à Concordia. Offrons \$20. Ilana 848-2279.

Fashion Show
UBERMODE
At Club Metropolis doors open 8 pm **March 8, 1996**
Presented by McGill University
to benefit the Farha Foundation in the fight against AIDS

Fondation Farha
Farha Foundation

Ticket Information:
398-7292 / 288-2020
<http://www.accent.net/ubermode>

Rebelstoke TOUGH HIDE
LYCRA ONLY BY DUPOINT EXCLUSIVITÉ DE DUPOINT
McGILL UNIVERSITY
GAP

GERT'S PUB **THE MCGILL DAILY** **Duplicatech**

BILLETS GRATUITS
Gracieuseté de Übermode & le McGill Daily.
Venez au B07 à 10hrs jeudi le 7 mars.
Quantité Limitée.



GRADUATE STUDIES IN CIVIL & CHEMICAL ENGINEERING UNIVERSITY OF CALGARY NSERC/INDUSTRIAL CHAIR IN BITUMINOUS MATERIALS MSc AND PhD POSITIONS AVAILABLE

Students interested in pursuing graduate studies in basic and applied research on a variety of materials and technologies and in basic materials science are invited to contact the NSERC/Industrial Chair in Bituminous Materials. The available positions will be of interest to students wishing to pursue careers in transportation, industrial rheology, theoretical sciences, bituminous materials, paving mixes, and polymers in engineering. The Chair's focus is on the development of new paving materials and technologies utilising post consumer wastes; recycled tires and other manufacturing side-stream or recycled materials.

Modern laboratory facilities are available for the development and characterization of different engineering materials. The Chair is well financed and students can expect a reasonable level of financial support.

For further information please contact:

Dr. Ludo Zanzotto
Chair in Bituminous Materials
Department of Civil Engineering
University of Calgary
2500 University Drive N.W.
Calgary, Alberta, Canada T2N 1N4
Tel: 403 220-8918 Fax: 403 282-7026
E-mail: fransham@enci.ucalgary.ca

or look at the home page on the internet at
<http://www.enci.ucalgary.ca/research/bituminous/welcome.html>

Chers œufs gènes...

Emmanuelle Latraverse

La génétique est la science de l'heure. Elle risque de transformer notre façon de penser la médecine traditionnelle. Elle découvre, innove, guérit, menace et inquiète. Plus que tout, la génétique soulève de nouveaux débats éthique et moral sur les droits de la science, les responsabilités sociales des chercheurs.

Le génome humain

L'avancement de la technologie scientifique a permis de nombreuses percées en génétique. Tellement que, d'ici une dizaine d'années, les scientifiques auront découvert l'identité et la fonction de tous les gènes du corps humain. C'est ce qu'on appelle le projet du génome humain. C'est ce type de découverte qui a permis l'identification de gènes responsables de plusieurs maladies infantiles telle la fibrose kystique et la maladie d'Huntington.

« Le projet du génome humain est neutre en terme de bien et de mal. C'est de l'information pure. On découvrira tout simplement que tout le monde a des gènes qui fonctionnent normalement et d'autres qui ne le font pas. Puisque chaque être humain possède plus de 100 000 gènes, c'est normal que certains soient défectueux », explique Dr. David Rosenblatt, de l'Hôpital Royal-Victoria. Pourtant, d'autres scientifiques s'inquiètent des implications à long terme de telles découvertes, voyant dans cette découverte une éventuelle bombe à retardement.

En Grande-Bretagne, un groupe de chercheurs travaillant pour le Conseil de recherche médicale britannique a décidé de tenter d'identifier le ou les gènes responsables de l'intelligence, telle qu'elle est mesurée par le test du quotient intellectuel. Bien que ce projet de recherche soulève un tollé d'indignations et de protestations dans le monde scientifique médical, il demeure financé, et donc endossé, par une société d'État. Cette découverte, si elle a lieu, pourrait éventuellement permettre d'améliorer les capacités cognitives des individus.

« Cela m'inquiète, affirme Angus Clarke, généticien à l'Institut de médecine moléculaire du Pays de Galles. On est certain de trouver un groupe avec une fréquence plus ou moins grande d'une variante

génétique bonne ou mauvaise. Cette information pourrait être utilisée totalement inadéquatement... pour identifier des gens ou des groupes de gens comme étant inférieurs ou supérieurs. »

Par ailleurs, la progression de la science et de la curiosité humaine peut-elle être freinée ? Selon le Dr. Rosenblatt, « on ne peut pas grand-chose pour ralentir la découverte de nouvelles connaissances. Chaque nouvelle technologie possède un aspect qui peut-être utilisé pour faire le bien, et un autre qui peut faire du mal. Là est la nature de tout savoir ». Il semble donc que dans notre société libérale, il faille s'en remettre à la raison et la bonne force des choses pour diriger nos consciences... « En tant que société nous devons apprendre à négocier avec ce genre d'information, apprendre à l'accepter et la comprendre. J'espère qu'on choisira d'utiliser cette information justement et rationnellement » poursuit Dr. Rosenblatt. Mais comment ? Telle est la question à laquelle personne ne peut ou ne veut répondre.

Croyons-nous pouvoir réduire les coûts médicaux évitant la naissance de ceux qui pourraient avoir besoin de soins ?

Abby Lippman

« nous étudions les liens entre avoir un gène anormal et développer la maladie qui lui est reliée. Une grande partie du travail que nous faisons ici porte sur le cancer du sein et des ovaires ». Ce genre de dépistage s'effectue également chez les femmes enceintes, afin de savoir, par exemple, si elles sont porteuses de gènes anormaux qui pourraient influencer la santé physique et mentale de leur enfant, ou bien chez quiconque possédant des antécédents familiaux.

La consultation génétique

Principal aspect clinique de cette science, la consultation génétique consiste en un dépistage des gènes anormaux chez des gens à risque, adultes ou enfants. Tel que l'explique le Dr Rosenblatt,

Cela en inquiète plus d'un. Et si on se dirigeait vers une épuration de la race humaine où seuls les gens en parfaite santé et auraient droit à la vie ? La base de toutes ces craintes, c'est la menace de l'avortement injustifié. Surtout si l'on considère qu'une clinique privée de consultation génétique, jumelée à un centre de fertilisation in-vitro, s'apprête à voir le jour à Ville Mont-Royal... « Dans ce cas, on établit un lien direct entre la reproduction et la technologie génétique, de telle sorte que les médecins pourront examiner des embryons et décider lesquels auront la meilleure chance de devenir de futurs enfants », menace Abby Lippman, directrice du Département d'épidémiologie de l'Université McGill. Le Dr. Rosenblatt se défend bien de prendre des décisions pour ses patients et patientes : « Dans notre service de consultation, nous ne sommes pas du tout directs. Ce n'est pas notre but de donner de meilleurs gènes aux gens. Notre but est d'expliquer aux gens pourquoi ils ont les gènes qu'ils ont et les informer des risques associés à ces prédispositions », poursuit-il. Reste à savoir si tous les médecins ont la même conscience éthique que le Dr. Rosenblatt.

« Gènes » de se faire avorter

Quand est-il juste qu'une femme se fasse avorter à cause d'une prédisposition génétique de son fœtus, et quand est-ce un cas d'abus ? Déjà deux femmes en Grande-Bretagne ont trouvé qu'une prédisposition au cancer du sein et au diabète étaient trop cruelle pour justifier que leur fœtus voient le jour. « Les gens doivent comprendre qu'avoir un gène anormal ne signifie pas nécessairement avoir la maladie... même si ça implique qu'il faudrait que le patient passe un test de dépistage », soutient Dr. Rosenblatt.

Abby Lippman, elle, craint que « une fois que la génétisation sera bien en place, que chaque nouvelle technologie, chaque nouvelle clinique seront établies, il peut devenir impossible de freiner cette tendance grandissante de considérer les enfants comme des produits et finalement en arriver à pratiquer la discrimination génétique ».

La thérapie génique

Un autre fruit de l'avancement génétique est la thérapie génique. Cette procédure consiste à insérer des gènes normaux dans des cellules anormales dans l'espoir de causer une mutation qui corrigera le défaut. Cette thérapie est déjà utilisée pour traiter certaines maladies immunitaires, ou encore la fibrose kystique. Dans le cas de l'enfant sans système immunitaire, par exemple, l'injection de gènes normaux favorisera le développement d'un système immunitaire, car les nouvelles cellules

qui se multiplient seront corrigées de leur anomalie. « En vérité, ce n'est pas très différent à donner de l'insuline artificielle à un diabétique. Ce type de thérapie n'est pas très controversé et va continuer », prédit Dr. Rosenblatt.

Certains croient pourtant que la thérapie génique amènera avec elle de nombreux problèmes éthiques. « Le génie génétique offre, plus que toute autre technologie, un moyen pour transférer le pouvoir des pauvres aux riches », écrivait George Monbiot dans la Gazette du 3 février dernier. En effet, selon Abby Lippman, avec des fonds publics auxquels tous et toutes contribuent à travers le système de taxation, nous finançons des recherches qui risquent de ne servir qu'à des intérêts privés, comme ceux des compagnies qui offriront les tests résultant de telles découvertes.

L'absence de normes

Le monde scientifique semble donc bien divisé sur la nécessité d'établir des normes de réglementation relatives à la pratique de ces technologies génétiques. Certains et certaines croient que ces normes devraient définir les cas où le dépistage génétique est désirable et ceux où il ne l'est pas, les cas où un avortement est justifié et ceux où il ne l'est pas, etc. Selon Abby Lippman, on risque à long terme de voir le dépistage génétique « fortement re-

commandé » pour l'obtention d'un emploi. Comment prouver alors qu'un individu a eu ou n'a pas eu l'emploi pour des motifs génétiques ? Impossible. Voilà un cas où l'emploi de ces tests devrait être sévèrement légiféré.

D'autres scientifiques, comme le Dr. Rosenblatt, croient que le meilleur moyen de prévenir les abus est justement de tenir ces décisions loin de l'État. « Tant que ce sont les patients qui prennent les décisions, les risques d'abus me semblent moins graves », soutient-il.

Pour remplacer des normes fixées par l'État, et donc aptes à être manipulées pour des fins politiques, l'encadrement éthique et professionnel des universités semble offrir de bonnes balises de recherche et d'action médicale. « Tant que les études génétiques seront structurées comme dans les universités québécoises, je ne crois pas qu'il y ait trop de problèmes éthiques. Tant que les tests seront effectués sur une base volontaire et non-systématique, je ne crois pas qu'il y ait de quoi s'alarmer. Tant que la maladie sera claire, préventive, et que la connaissance de la maladie chez l'enfant peut faire en sorte qu'on la prévienne et qu'on empêche qu'il soit retardé ou handicapé, les gens accepteront le dépistage de la population. C'est justifiable et préventif », conclut Dr. Rosenblatt.

Le futur de la génétique

À l'aube de l'an 2000, la génétique, son potentiel et toutes ses grandes qualités font face à de sérieux défis. Il faudra faire comprendre et accepter aux gens le rôle médical pratique que joue la génétique dans l'exercice de la médecine. « Le défi

est donc de placer cette nouvelle science et sa technologie, qui évolue très rapidement, dans la routine des soins de santé. Éventuellement, la question sera de savoir quels sont les coûts psychologiques et financiers pour effectuer la prévention, à laquelle aspire la gé-

nétique », explique Dr. Rosenblatt. À l'ère des coupures budgétaires et de la « rationalisation des dépenses », il faudra évaluer si, en tant que société, nous désirons couper nos coûts de soins de santé en faisant appel à la « prévention génétique ».

À l'époque où l'on travaillait à établir une carte du monde, les gens craignaient de tomber au bout de la Terre. C'est la même chose avec la génétique. Les généticiens sont les nouveaux cartographes.

D. Rosenblatt

En s'efforçant de ne jamais fausser les détails, les scientifiques s'assurent de ne jamais avoir une vue d'ensemble juste.

G. Monbiot